Trimbos instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction

Samenwerking GGZ en sociaal domein voor mensen met ernstige psychische aandoeningen

Verkenning van praktijkvoorbeelden

Drs. S. van Rooijen
Drs. A. Knispel
Drs. F. van Hoof
Dr. H. Kroon

Colofon

Opdrachtgever
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Financier
Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Projectuitvoering
Sonja van Rooijen
Aafje Knispel
Frank van Hoof
Hans Kroon

Inhoud

Samenvatting

In 2014 is het rapport ‘Over de brug: Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen[1]’ aan de Tweede Kamer aangeboden. In dit rapport wordt beschreven wat er nodig is om herstelgerichte behandeling, begeleiding en ondersteuning te bieden aan mensen met een ernstige psychische aandoening (EPA). Het gaat hierbij om zes verschuivingen in de zorg die als volgt verwoord zijn:

- Van stabilisatie naar persoonlijk en maatschappelijk herstel
- Van louter professionele zorg naar eigen kracht en zelfmanagement
- Van enkel op de cliënt gericht ook de omgeving erbij betrekken
- Van enkel GGZ naar samenspel met andere sectoren
- Van aparte paden naar integratie van behandeling en rehabilitatie
- Van gescheiden domeinen naar integratie van psychische en somatische zorg.

Het Ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd om praktijkvoorbeelden te inventariseren en te beschrijven waar de aanbevelingen van Over de brug al geïmplementeerd zijn of worden. Bij deze inventarisatie wordt de focus gelegd op het thema *samenwerking* tussen de GGZ en het sociale domein, op zowel bestuurlijk niveau (governance) als operationeel niveau (samenwerking tussen sociale wijkteams en FACT-teams).

Er zijn drie praktijkvoorbeelden van samenwerking op bestuurlijk niveau geanalyseerd en beschreven, op basis van interviews met sleutelfiguren en bestudering van schriftelijk materiaal. Twee van deze praktijkvoorbeelden, de initiatieven in de regio’s Oost-Gelderland en Midden-Westelijk Utrecht, hebben expliciet betrekking op de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het derde voorbeeld gaat over bestuurlijke samenwerking in de ondersteuning van een bredere doelgroep in de wijk Ruwaard in de gemeente Oss.

Overeenkomstig aan elk van de voorbeeldregio’s is dat de betrokken partijen maximaal gebruik trachten te maken van het momentum dat door de transities wordt gegenereerd. Die transities plaatsen elke partij afzonderlijk voor belangrijke uitdagingen, maar ze genereren ook energie. Die energie wordt in de voorbeeldregio’s nadrukkelijk benut tot wederzijdse inspiratie en motivatie (twee veelgehoorde kernbegrippen in elk van de regio’s). Daarbij kent elk van de regio één of enkele kartrekkers die ‘de boel bij elkaar houden’. De voorbeelden laten ook zien dat verschillende typen doelstellingen in de bestuurlijke samenwerkingstrajecten te onderscheiden zijn. Enerzijds zijn er top-down doelstellingen, waarbij op bestuurlijk niveau ontwerpplannen worden ontwikkeld voor het gewenste zorglandschap. Anderzijds zijn er bottom-up doelstellingen, waarbij wordt bezien hoe goede initiatieven in de praktijk vanuit het bestuurlijke niveau kunnen worden gefaciliteerd en hoe knelpunten in de praktijk vanuit bestuurlijk niveau kunnen worden weggenomen. In geen van de regio’s wordt overigens een expliciete voorkeur uitgesproken voor de ene of de andere benadering, maar gaat het om het vinden van de juiste mix. Er werden diverse obstakels en aandachtspunten benoemd in de voorbeeldregio’s met als voornaamste knelpunt de complexiteit van het samenwerken met een groot aantal partijen, elk met eigen deelbelangen, geografische werkgebieden, wettelijke en financieringskaders, en die soms ook concurrerend zijn. Dit maakt dat het totstandkomen van samenwerking veel tijd en energie vergt en

---

[1] Dit rapport is geschreven onder auspiciën van Kenniscentrum Phrenos door een grote groep van experts op het gebied van ernstige psychische aandoeningen, in opdracht van de partijen van het Bestuurlijk Akkoord ‘toekomst ggz’.

op onderdelen minder snel gaat dan betrokkenen zouden willen. Cruciaal binnen het vervolg van de samenwerkingstrajecten lijkt vooral de vraag in hoeverre binnen deze complexe constellatie de wil en de mogelijkheden bij alle afzonderlijke partijen aanwezig zijn en blijven om ‘te geven en te nemen’.

Naast de drie praktijkvoorbeelden van samenwerking op het bestuurlijke niveau zijn zes praktijkvoorbeelden (Den Haag, Amersfoort, Eindhoven, Leeuwarden, Doetinchem en Zuid-Utrecht) van samenwerking tussen sociale wijkteams en FACT-teams van de GGZ beschreven. De landelijke diversiteit in de opzet van de sociale wijkteams is ook in deze inventarisatie zichtbaar, en varieert van een coördinerend netwerk tot een zorg- en ondersteuningsteam. Zo ook loopt de invulling van de samenwerking van informele afstemming en consultatie, tot FACT-medewerkers die formeel onderdeel zijn van het sociale wijkteam. De samenwerkingsvorm die wordt gekozen of is ontwikkeld, lijkt onder meer samen te hangen met de gekozen doelgroep van het sociale wijkteam; sommige sociale wijkteams zijn gericht op een brede doelgroep, andere teams richten zich expliciet op burgers met multi-problematiek. In dit laatste geval zal samenwerking met FACT-teams relatief vaker aan de orde zijn.
In de praktijk hebben de FACT-teams voor de sociale wijkteams (in wisselende mate) een functie in consultatie en advies bij psychische problemen, meegaan op huisbezoek, en regie nemen wanneer cliënten tot de EPA-doelgroep horen. Omgekeerd zijn de wijkteams voor FACT van betekenis voor een betere aansluiting bij de (voorzieningen in de) wijk, aanpak van woonproblemen en schulden, en het regelen van ondersteuning voor gezinsleden zodat het systeem als geheel beter geholpen is. De sociale wijkteams hebben soms ook een functie wanneer cliënten uitstromen uit FACT.

De geïnterviewden in de regio’s hebben verschillende factoren benoemd die bevorderend werken voor de samenwerking tussen de sociale wijkteams en de FACT-teams. Een aantal van deze bevorderende factoren lijken logisch en weinig verrassend maar toch zijn dit zaken die expliciet aandacht nodig hebben omdat het ‘niet vanzelf gaat’. Zo is benoemd dat het van belang is dat de medewerkers over en weer weten wat ze wel en niet van elkaar kunnen verwachten. Volgens de geïnterviewden bestonden hierover bij aanvang nog wel eens misverstanden maar door gezamenlijk werkoverleg, aansluiten bij elkaars werkoverleg en het organiseren van informatiebijeenkomsten (en scholingsbijeenkomsten) over zowel het sociale domein als de GGZ, heeft men steeds meer zicht gekregen op wat samenwerking voor cliënten kan betekenen. Positieve voorbeelden en ervaringen (collega’s die vertellen over de opbrengsten van de samenwerking) dragen ook bij aan het versterken van samenwerking, net als werken met vaste contactpersonen. Benoemd wordt dat de basis van de samenwerking ligt in een open houding, focus op de vraag en behoefte van de cliënt, en de meerwaarde van samenwerking voor de cliënt zien, benoemen en tonen. Ook het optimaal gebruik maken van ‘regelmogelijkheden’ en facilitering door management en bestuurders zijn belangrijke voorwaarden voor de operationele samenwerking.

De samenwerking leidt volgens een aantal geïnterviewden al daadwerkelijk tot veranderingen en opbrengsten, ook voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA). Zo komt er meer focus op burgerschap in plaats van (uitsluitend) op de psychische problematiek. Ook kan er over en weer makkelijker geschakeld worden zodat de juiste expertise op het juiste moment kan worden ingezet. En er worden meer acties in gang gezet gericht op het systeem van de cliënt. Daarbij hebben cliënten met de komst van sociale wijkteams een zichtbaar steunpunt in de wijk gekregen. Aandachtspunten werden ook benoemd, zoals het verder verbeteren van de keten, het uitwerken van afspraken rondom privacy en beroepsgeheim, het faciliteren van intensieve consultatie en het feit dat de participatie van cliënten nog niet de aandacht lijkt te krijgen die nodig en mogelijk is.

Deze eerste verkenning laat zien dat in de regio’s van de praktijkvoorbeelden stappen zijn gezet om samenwerking tussen het sociale domein en de GGZ te bewerkstelligen (zowel op bestuurlijk als operationeel niveau). Omdat wij hebben gezocht naar goede voorbeelden voor deze studie, zijn de bevindingen niet representatief voor andere regio’s; in regio’s die buiten de scope van deze studie vallen zullen nog (veel) plaatsen zijn waar minder of wellicht helemaal geen sprake is van een gezamenlijke inzet in de wijk. In onze zoektocht bleken de goede voorbeelden beslist niet voor het oprapen. Uitspraken over de landelijke stand van zaken van de samenwerking tussen het sociale domein en de GGZ kunnen dus niet gedaan worden, dat was ook niet de doelstelling. In de gevoerde gesprekken klinkt door dat waar er nog een afstand te overbruggen valt tussen beide sectoren, samenwerking wel gezien wordt als *haalbaar*. De vraag blijft echter wat er van samenwerking terecht komt in regio’s waar dit minder prioriteit krijgt, zeker gelet op de veelheid van taken die de sociale wijkteams (ook in de toekomst) op zich af krijgen.

Een belangrijke bevinding is dat het versterken van de participatiemogelijkheden van mensen met EPA achter lijkt te blijven. Wijkteams en FACT-teams kunnen hier beide een rol vervullen maar het lijkt dat hier nog onvoldoende prioriteit aan wordt gegeven, wellicht doordat over en weer wordt gedacht dat de ander dit oppakt. Het is van geval van belang om - in geval zowel het FACT-team als het wijkteam in beeld zijn - samen met de cliënt een plan te maken om tegemoet te komen aan wensen wat betreft maatschappelijke participatie en afspraken te maken over wie wat kan doen. Samenwerking is op dit terrein, net als op andere terreinen, belangrijk om fragmentatie en afwenteling te voorkomen.

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

Er zijn in Nederland naar schatting 160.000 *volwassen* mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) die zorg ontvangen vanuit de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Indien alle leeftijden in ogenschouw worden genomen, dan komen de getallen hoger uit, namelijk 216.000 mensen die GGZ-zorg krijgen (Consensusdocument, Delespaul, 2013) [1]. We spreken over EPA als het gaat om langdurige psychische problemen zoals psychotische stoornissen, stemmingsstoornissen, depressies en verslavingsproblemen die gepaard gaan met ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren en in het sociaal en maatschappelijk verkeer (Projectgroep Plan van Aanpak EPA, 2014). Ruim de helft van alle mensen met EPA is in zorg bij de GGZ of de verslavingszorg, een kwart ontvangt eerstelijnszorg of hulp in de maatschappelijke opvang en ongeveer een kwart is niet in zorg. Van degenen die in zorg zijn, krijgt het merendeel ambulante zorg en behandeling. Naast psychische zorg is ondersteuning benodigd op andere levensdomeinen zoals wonen, werk en inkomen, sociale relaties, participatie en persoonlijk herstel. Dit vereist een samenhangende, integrale aanpak. Eerdere onderzoeken laten zien dat de kwaliteit van leven van mensen met ernstige psychische problemen fors achterblijft bij de algemene bevolking. Weliswaar wonen de meeste mensen - al dan niet met begeleiding - in een eigen woning, de participatiegraad is laag en de eenzaamheid is groot (Trimbos-instituut, 2012). Tegelijkertijd is bekend uit onderzoek dat deze groep mensen geen statische populatie vormt. Ook wanneer psychische kwetsbaarheden blijven, blijkt het mogelijk dat mensen zowel in persoonlijke als maatschappelijke zin 'herstellen' (Trimbos-instituut, 2015). Een belangrijk motief achter de ambulantisering en hervorming in de langdurige GGZ is dat deze transities bijdragen aan het herstel van mensen met ernstige psychische problemen (Trimbos-instituut, 2014).

Najaar 2014 is het Plan van Aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij ernstige psychische aandoeningen 'Over de brug' vastgesteld en aangeboden aan de Tweede Kamer. Het plan werd geschreven onder auspiciën van Kenniscentrum Phrenos door een groep van experts in opdracht van de partijen van het Bestuurlijk Akkoord GGZ, een initiatief van verschillende branche- en beroepsverenigingen, zorgverzekeraars, patiënten- en familieorganisaties en het ministerie van VWS. De projectgroep Plan van Aanpak heeft een visie opgetekend over de beoogde verschuivingen in het 'zorglandschap'. Het gaat om zes verschuivingen in de langdurige zorg die als volgt verwoord zijn:

- Van stabilisatie naar persoonlijk en maatschappelijk herstel
- Van louter professionele zorg naar eigen kracht en zelfmanagement
- Van enkel op de cliënt gericht ook de omgeving erbij betrekken
- Van enkel GGZ naar samenspel met andere sectoren
- Van aparte paden naar integratie van behandeling en rehabilitatie
- Van gescheiden domeinen naar integratie van psychische en somatische zorg.

[1] Het totaal aantal mensen met ernstige psychische aandoeningen (alle leeftijden, wel en niet in zorg) wordt in dezelfde bron geschat op 281.000 mensen.

Het Plan van Aanpak Over de brug heeft tot ambitie om achterstanden in de zorg en participatie van de groep mensen met ernstige psychische aandoeningen aan te pakken en te verminderen. Dit is uitgewerkt in diverse punten voor goede behandeling, begeleiding en ondersteuning. Deze behoeven concrete uitwerking in de praktijk.

1.2 Opdracht

Het Ministerie van VWS heeft het Trimbos-instituut gevraagd om voorbeelden in kaart te brengen die aansluiten op het rapport Over de brug. In overleg is besloten de focus te leggen op twee thema's: enerzijds voorhoedepraktijken van samenwerking tussen GGZ en sociaal domein op bestuurlijk niveau (governance) en anderzijds praktijkvoorbeelden op operationeel niveau van samenwerking tussen sociale wijkteams en FACT-teams.

- Het Plan van Aanpak Over de brug signaleert dat de transities en decentralisatie van de zorg naar de gemeenten en de gelijktijdige ambulantisering binnen de GGZ grote gevolgen hebben voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Enerzijds bieden deze ontwikkelingen nieuwe mogelijkheden tot herstel en burgerschap, anderzijds dreigt het gevaar van vergaande versnippering en verschraling van de zorg. De algehele behandeling, zorg en re-integratie worden uit meerdere financieringskaders betaald met steeds andere uitvoerders en verantwoordelijkheden. Dit vergt nieuwe samenwerking en spelregels tussen de verschillende financiers met een goede uitwerking op regionaal of lokaal niveau, zodat integrale ondersteuning gegarandeerd wordt en mensen met ernstige psychische aandoeningen niet alleen meer in de samenleving komen te verblijven, maar ook daadwerkelijk meedoen. Momenteel worden hier veel inspanningen op gepleegd. We beschrijven in deze publicatie verschillende voorbeelden van dergelijke beleidsinitiatieven op lokaal of regionaal niveau.

- Met een voorzichtige start in de afgelopen jaren, vervullen sociale wijkteams sinds 2015 in veel gemeenten een belangrijke rol in het sociaal domein. Eerdere inventarisaties van Movisie en Platform 31 tonen veel lokale variatie in uitgangspunten en organisatie van deze wijkteams. Een belangrijke vraag is hoe de sociale wijkteams of buurteams zich gaan verhouden tot een al langer bestaande geïntegreerde vorm van zorg en ondersteuning voor mensen met ernstige psychische aandoeningen, de Flexible Assertive Community Treatment (FACT) teams. Ook hier geldt dat in deze samenwerking kansen en uitdagingen zitten. In dit tweede thema gaan we op zoek naar voorbeelden van samenwerking tussen FACT- en sociale wijkteams die (kunnen) bijdragen aan een betere ondersteuning van de doelgroep. Deze ondersteuningsbehoeften liggen vooral op het vlak van de psychische en lichamelijke gezondheid, sociale contacten, werk en opleiding en dagelijkse bezigheden en het vinden van de juiste hulp (Panel Psychisch Gezien, 2015).

1.3 Werkwijze

Bij het zoeken naar voorbeelden rond beide thema's is gebruik gemaakt van de volgende bronnen:

- Een enquête onder gemeenten in het kader van de monitor ambulantisering en hervorming langdurige GGZ (Trimbos-instituut, 2015). In deze enquête waren onder meer vragen opgenomen over de beleidsvisie, regie en samenwerking binnen de gemeente en bekendheid met goede voorbeelden.
- Eerdere inventarisaties en rapportages over de ambulantisering van de GGZ.
- Raadpleging van FACT-platforms over samenwerking met sociale wijkteams.
- Raadpleging van collega-kennisinstituten (zoals Movisie) over hen bekende goede voorbeelden.

Vervolgens is telefonisch contact gezocht met de aangewezen personen om de bereidheid tot (verdere) deling van informatie te verkennen en afspraken te maken, ofwel telefonisch ofwel in het kader van een werkbezoek, dan wel in het kader van een lopend onderzoek. We selecteerden voor elk thema voorbeelden op basis van landelijk te achten relevantie, landelijke spreiding, status van invoering (voldoende ervaring opgebouwd) en variatie/spreiding in de cases. Voor een overzicht van de geselecteerde voorbeelden en de afgenomen interviews verwijzen we naar bijlage 1. Met opzet spreken we niet van best practices: het gaat vooral om voorbeelden die getuigen van gevarieerde praktijken, in sommige gevallen voorhoedepraktijken maar niet per se.

Bij de geselecteerde cases is documentatie opgevraagd en zijn interviews afgenomen met sleutelfiguren om een beeld te verkrijgen van de aard van de samenwerkingsafspraken, opgedane ervaringen, succesfactoren en verbeterpunten. In het voorliggende rapport zijn de voorbeelden beschreven en geven we een beschouwing van de leerpunten.

Het rapport is opgebouwd uit twee delen. Deel I gaat over de voorhoedepraktijken in de bestuurlijke regionale samenwerking. Dit bestrijkt een relatief klein deel van de rapportage omdat bij de eerste inventarisatie relatief weinig (variatie in) praktijkvoorbeelden van een dergelijke samenwerking aan het licht kwamen specifiek voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Deel II gaat in op de operationele samenwerking tussen sociale wijkteams en de FACT-teams. Dit thema wordt uitgebreider belicht. In de inleiding van deel II geven we een nadere toelichting op het thema. Vervolgens bieden we een illustratie van zes voorbeelden. We thematiseren daarna de vraagstukken die herkenbaar zijn in alle voorbeelden. We besluiten met een slotbeschouwing over de vraag hoe sociale wijkteams[1] en FACT-teams in onderlinge samenwerking kunnen bijdragen aan goede zorg en ondersteuning voor de doelgroep van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

---

[1] In dit rapport spreken we in het algemeen van sociale wijkteams. In de praktijk lopen er verschillende benamingen door elkaar en wordt er ook gesproken over buurtteams of wijkteams.

2 Deel I Governance

In de afgelopen periode zijn van verschillende zijden pleidooien gehouden voor *bestuurlijke* regionale samenwerking in de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid. Daarbij gaat het om samenwerking op 'governance'-niveau tussen de verschillende aanbieders en de verschillende financiers van de belangrijkste voorzieningen voor deze populatie binnen het gezondheidszorgdomein (Zvw, Wlz) en het sociaal domein (Wmo, participatiewet). Onder andere in het Plan van Aanpak EPA ('Over de brug') wordt bepleit dat regionale zorgaanbieders, gemeenten, zorgverzekeraars en cliënten- en familieorganisaties in gezamenlijkheid en in afstemming met andere maatschappelijke voorzieningen tot afspraken komen over het gewenste regionale zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen en over de ontwikkeling van dat zorglandschap. Een regionale, bestuurlijke regiegroep zou vorm en inhoud aan die samenwerking moeten geven.

In dit hoofdstuk bespreken we drie voorbeelden van regio's waarin in de afgelopen periode initiatieven zijn genomen om tot een dergelijke bestuurlijke regionale samenwerkingsstructuur rond de zorg voor mensen met een psychische kwetsbaarheid te komen. Twee daarvan hebben expliciet betrekking op de zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Het gaat daarbij om initiatieven in de regio's Oost-Gelderland en Midden-Westelijk Utrecht. Het derde voorbeeld gaat over bestuurlijke samenwerking in de ondersteuning van een bredere doelgroep in de wijk Ruwaard in de gemeente Oss.

Allereerst geven we een schets van de desbetreffende initiatieven, de samenwerkingspartners in die initiatieven en de stappen die tot dusverre in de bestuurlijke samenwerking in de drie regio's zijn gezet. Ook geven we per regio aan wat volgens betrokkenen de belangrijkste tot dusverre bereikte resultaten zijn. Vervolgens bespreken we wat, gegeven ook de ervaringen in de drie regio's, op dit moment de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren voor die bestuurlijke samenwerking lijken te zijn. Aan de slot van dit hoofdstuk gaan we in op de vraag naar de effectiviteit van die bestuurlijke samenwerking.

2.1 Ontwikkelagenda ambulantisering Oost-Gelderland

In 2013 is in Oost-Gelderland een bestuurlijk regionaal samenwerkingstraject gestart, gericht op het tot stand brengen van een gezamenlijke visie en gezamenlijke ontwikkelagenda voor de ambulantisering van de GGZ en voor het toekomstige zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio.

De regio

De regio Oost-Gelderland is het verzorgingsgebied van de geïntegreerde GGZ-instelling GGNet, tevens de grootste GGZ-aanbieder in de regio. De regio beslaat de gehele Achterhoek en de regio Oost-Veluwe, bestaande uit de gemeente Apeldoorn en directe omgeving. De belangrijkste GGZ-aanbieders in de regio zijn GGNet en RIWIS Zorg en Welzijn (beide werkzaam voor de hele regio). Daarnaast zijn drie verslavingszorginstellingen in de regio actief, te weten Tactus, Iriszorg en het Leger des Heils (elk van deze drie instellingen werkt ook en soms grotendeels buiten de regio). De belangrijkste zorgverzekeraars in de regio zijn Zilveren kruis (vooral georiënteerd op de subregio Oost-Veluwe) en Menzis (vooral georiënteerd op de Achterhoek).

De samenwerkingspartners
GGNet is de belangrijkste aanbieder van geestelijke gezondheidszorg in de regio. GGNet heeft met de zorgverzekeraars afspraken gemaakt over de (enkele jaren geleden ingezette) beddenafbouw. Met betrekking tot het toekomstige zorglandschap van mensen met ernstige psychische aandoeningen koerst GGNet op een veel grotere betrokkenheid van andere maatschappelijke organisaties, vooral rond de niet-behandelaspecten van de ondersteuning. GGNet wil daar waar nodig een coördinerende rol in vervullen, maar kiest voor wat betreft de eigen kerntaken voor forse investeringen in de kwaliteit en capaciteit van de psychologische behandeling van mensen met ernstige psychische aandoeningen.

De belangrijkste – maar niet de enige – aanbieder van Beschermd Wonen in de regio is RIWIS Zorg en Welzijn. De regio kent, afgezet tegen het landelijk gemiddelde, relatief veel BW-plaatsen (voor een belangrijk deel geconcentreerd in Apeldoorn en directe omgeving). RIWIS voert overleg met de gemeenten in de regio over de (eveneens al enkele jaren geleden ingezette) afbouw van het BW en over de voorwaarden voor die afbouw, zoals beschikbaarheid van betaalbare woningen, aandacht voor inkomenspositie. Voor wat betreft de ambulante begeleiding wil RIWIS in de toekomst meer een 'verbindende' en 'preventieve' rol in de EPA-zorg gaan vervullen. Concreet wil RIWIS de mogelijkheden verkennen van integratie van de ambulante begeleiding in de sociale wijkteams van de gemeenten.

Specifieke bijzonderheid voor de regio is dat een aanzienlijk deel van de BW-voorzieningen - circa een kwart – wordt geboden door twee verslavingszorginstellingen. Zij vinden (te snelle) afbouw van deze BW-plaatsen onverantwoord. Hetzelfde geldt voor de klinische verslavingszorgplaatsen, die volgens deze instellingen in het verleden al voor een belangrijk deel zijn afgebouwd en waarvan volgens opgave van de instellingen circa 60 % wordt gebruikt door mensen van buiten de regio.

De zorgverzekeraars Zilveren kruis en Menzis zien beide FACT als een belangrijk model voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, maar hanteren voor de opbouw van de ambulante zorg vooralsnog geen streefcijfers. Verder wil Menzis vooral toewerken naar een goede samenwerking met en krachtige ontwikkeling van de eerstelijns gezondheidszorg. Voor Zilveren Kruis is een goede kwantitatieve afstemming van het regionale aanbod op de regionale zorgbehoefte van belang. Vooralsnog wijkt het beleid van de zorgverzekeraars voor de regio Oost-Gelderland niet bijzonder af van dat voor andere regio's.

Van de gemeenten in de regio is gesproken met de gemeente Apeldoorn. Bijzondere omstandigheid voor Apeldoorn is dat de gemeente vanwege de hoge actuele BW-capaciteit rekening moet houden met een fors dalend BW-budget in de komende jaren (overgang van verdeling van middelen op basis van actuele capaciteit naar een 'objectief verdeelmodel' op basis van onder andere sociaal-demografische kenmerken). Concrete volumeafspraken zijn nog niet gemaakt. Verder koerst de gemeente niet op een apart beleidsplan voor mensen met ernstige psychische aandoeningen c.q. psychische kwetsbaarheid. Beleid en ondersteuning voor deze groep zal een integraal onderdeel worden van beleid voor en ondersteuning van kwetsbare burgers in Apeldoorn. Wel gaan de gemeente Apeldoorn en de woningcorporaties jaarlijks 100 van de vrijkomende sociale huurwoningen reserveren voor 'mensen uit de GGZ'.

Ook de ‘klankbordgroep’ van cliënten- en familie-organisaties in de regio Oost-Gelderland vindt FACT een belangrijk en centraal model voor het toekomstige regionale zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio. Daarnaast pleit men onder andere voor veel ruimere aandacht voor het opbouwen en onderhouden van een sociaal netwerk, het creëren van en ondersteunen bij werk, veel meer aandacht voor de omgeving, een veel beter gebruik van bestaande netwerken en een veel betere (financiële) ondersteuning voor cliëntgestuurde voorzieningen. Op al deze terreinen schiet de huidige zorg in de regio nog ernstig tekort, aldus de klankbordgroep.

Het samenwerkingstraject

Deelnemers in het bestuurlijke samenwerkingstraject in Oost-Gelderland zijn de bovengenoemde vijf GGZ-aanbieders, de twee belangrijkste zorgverzekeraars in de regio (in een latere fase ook met aansluiting van VGZ) en de gemeente Apeldoorn (mede namens omliggende gemeenten). Achterhoekse gemeenten zijn ook (meermalen) uitgenodigd maar hebben tot dusverre niet in het traject geparticipeerd. Gedurende het traject is regelmatig een klankbordgroep van regionale cliënten- en familieorganisaties geconsulteerd.

Bij aanvang van het traject werd een uitgebreide nulmeting uitgevoerd van het intramurale zorglandschap en de ambulante voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen in regio. Wederzijdse visies op het huidige en toekomstige zorglandschap werden systematisch geïnventariseerd en besproken. In werkgroepen werden visies geconcretiseerd.

Medio 2015 heeft een en ander geresulteerd in een gezamenlijk visiedocument en een gezamenlijke ontwikkelagenda voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen in de regio. In de ontwikkelagenda worden ambities uitgesproken over de afbouw en kwaliteitsverbetering van opname- en verblijfsvoorzieningen, de afbouw en differentiatie van woonvoorzieningen, verbetering van de psychologische hulp aan mensen met ernstige psychische aandoeningen, uitbreiding en kwaliteitsverbetering van (F)ACT, netwerkontwikkeling rond gezondheidszorg, sociale steunstructuren en ondersteuning bij participatie en stigmabestrijding. Daarnaast zijn ambities geformuleerd rond het creëren van betere systeemvoorwaarden, het organiseren van afstemming en regie en monitoring van de uitvoering en voortgang van de ontwikkelagenda.

Deelnemers aan het regiotraject signaleren dat met de formulering van de gezamenlijke ontwikkelagenda een belangrijke stap is gezet. Belangrijkste winstpunt van het regiotraject is dat men elkaar goed heeft leren kennen, zo luidt het. Tegelijk wordt gesignaleerd dat uitdagingen nog steeds groot zijn - zorginhoudelijk, organisatorisch, qua financiering maar deels ook met betrekking tot visieverschillen en het betrekken van andere maatschappelijke organisaties.

Het visiedocument is gepresenteerd en besproken in een bijeenkomst met een bredere vertegenwoordiging van alle in het samenwerkingstraject participerende partijen. Daarbij werd nog eens in gezamenlijkheid het belang onderstreept van de geformuleerde ambities maar werd ook, met name vanuit de cliëntenorganisaties, vastgesteld dat de belangrijkste stappen - die naar implementatie van de ambities - nog gezet moeten worden. Van belang in dat kader is dat tegelijk met het vaststellen van het visiedocument de bestaande overlegstructuur is beëindigd. Motieven daarvoor waren de wens om over te gaan tot besprekingen op een kleiner geografisch niveau en de wens van enkele financiers om

daarin zelf nadrukkelijker de regie ter hand te nemen. Inmiddels hebben zorgverzekeraar Zilveren Kruis en de gemeente Apeldoorn gezamenlijk die regie opgepakt voor één deelregio en de instellingen gevraagd om het visiedocument voor deze deelregio uit te werken in een implementatieplan.

2.2 Taskforce EPA Midden-Westelijk Utrecht

In november 2014 is in Utrecht de regionale Taskforce EPA opgericht. De Taskforce is een bestuurlijk samenwerkingsverband, waarin de belangrijkste regionale GGZ-aanbieders en financiers participeren.

De regio
De regio Midden-Westelijk Utrecht is het verzorgingsgebied van de geïntegreerde GGZ-instelling Altrecht, tevens de grootste GGZ-aanbieder in de regio. De regio beslaat de stad Utrecht en omliggende gemeenten en het westelijke deel van de provincie Utrecht. Naast Altrecht zijn de RIBW Lister (vooral de stad Utrecht en directe omgeving), RIBW Kwintes (vooral het oostelijk deel van de provincie Utrecht) en de verslavingszorginstelling Victas actief. De belangrijkste zorgverzekeraar is Zilveren Kruis.

De samenwerkingspartners
Parallel aan een al eerder ingezette beddenafbouw – en ten dele daaraan voorafgaand – heeft Altrecht in de regio een FACT-infrastructuur ontwikkeld. Op hoofdlijnen is FACT op dit moment ‘goed op orde’, zo luidt het. Maar doorontwikkeling naar FACT nieuwe stijl staat op de agenda. Daarbij wordt gedacht aan een integraal model met medewerkers vanuit verschillende organisaties en een nauwe verbinding met de wijkteams (gedacht wordt aan een schaal van één FACT-team op 3-5 wijkteams). Bij FACT nieuwe stijl wordt ook gedacht aan FACT-wijkcentra met respijtbedden. Via het resource groep model - dit zijn zelf gekozen steungroepen rond de cliënt – wordt een betere samenhang in de zorg en ondersteuning beoogd met meer cliëntregie. Voor de langere termijn voorziet Altrecht dat de nadruk voor de eigen organisatie steeds meer zal komen te liggen op specialistische GGZ-zorg binnen bredere netwerkorganisaties (EPA, forensische psychiatrie, eerstelijnszorg/huisartsen, etc.).

Kwintes heeft er voorlopig niet voor gekozen om met de eigen voorzieningen voor ambulante begeleiding te participeren in sociale wijkteams. De ambulante begeleiding van Lister is via aanbesteding naar een andere organisatie overgegaan. Ondertussen werkt Lister aan een nieuwe visie op en organisatie van de ondersteuning van mensen met EPA, dicht tegen FACT-teams aan, volgens een geïntegreerd zorgmodel.

De gemeente Utrecht staat heel nadrukkelijk voor een ‘integrale kijk’ op de ondersteuning en participatie van kwetsbare burgers. Apart beleid en aparte voorzieningen voor mensen met ernstige psychische aandoeningen c.q. burgers met een psychische kwetsbaarheid is niet het toekomstperspectief dat de gemeente voorstaat. Cliëntgestuurde initiatieven zoals de herstelacademie Enik worden wel verwelkomd.

Voor Zilveren Kruis is in zijn algemeenheid FACT het belangrijkste model voor de zorg aan mensen met ernstige psychische aandoeningen. Daarbij is er ook interesse voor doorontwikkeling van FACT in het door Altrecht voorziene FACT nieuwe stijl.

Het samenwerkingstraject
Leidraad voor de in november 2014 geïnitieerde regionale Taskforce EPA is het landelijke *Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en ondersteuning bij psychische aandoeningen* (‘Over de

brug'). Het plan van aanpak vormde de basis voor een serie bijeenkomsten die hebben geresulteerd in een gezamenlijk visiedocument. Leidende gedachten in het visiedocument zijn een GGZ met de cliënt in de lead, meer herstel en minder medicalisering, FACT in de wijk (mogelijk op kleinere schaal dan nu), weinig bedden maar wel een makkelijk toegankelijke respijtzorg (in de wijk), aandacht voor participatie, en herstelacademies met een sterke band met het sociaal domein.

Anders dan in Oost-Gelderland is in het visiedocument van de Taskforce EPA nog geen brede ontwikkelagenda voor de komend jaren vastgesteld. Wel worden momenteel - eveneens anders dan in Oost-Gelderland - een aantal concrete pilots in het leven geroepen, met name rond FACT nieuwe stijl - met onder andere respijtbedden in de wijk en sterkere samenwerking met de sociale wijkteams. De intentie is om al lerend van de ervaringen in de pilots, de samenwerking verder gestalte te geven (Taskforce EPA, 2015a, 2015b).

Regionale partners zijn goed te spreken over de samenwerking tot dusver. Met name de informele contacten lopen goed. Maar gesignaleerd wordt ook dat er nog veel uitdagingen zijn. Zo zijn er veel verschillende belangen (ook tussen de stad en de omliggende regio). 'Het stokt op het geld', wordt opgemerkt (met name als het gaat om de financiering van ondersteuning bij participatie). Ook wordt door sommige deelnemers de vraag gesteld of de regio niet te groot is en samenwerking op de schaal van de WMO-gebieden niet passender is. Voor de gemeente Utrecht zou het proces transparanter en sneller mogen verlopen.

Niettegenstaande deze kanttekeningen is het visiedocument in het najaar van 2015 gepresenteerd en positief ontvangen in een landelijke bijeenkomst met vertegenwoordigers vanuit andere regio's en vanuit landelijke (koepel)organisaties. De wijze waarop samenwerkingsintenties worden geconcretiseerd, wordt beschouwd als een voorbeeld voor andere regio's.

2.3 Proeftuin Ruwaard: geïntegreerd wonen, zorg en welzijn door integraal budget

In 2013 is in de gemeente Oss een proeftuin gestart om ontschotte en ontkokerde zorg in de wijk Ruwaard met gebiedsgerichte financiering te realiseren, met als uiteindelijk doel het vergroten van de gezondheid en vitaliteit van de burgers en het versterken van 'voorzorg' en leefbaarheid. Dit initiatief heeft van het Ministerie van VWS de 'proeftuinstatus' gekregen waarmee ruimte wordt geboden om flexibel om te gaan met bestaande wet- en regelgeving met betrekking tot financieringsstromen.

Samenwerkingspartners
Een breed scala aan organisaties binnen en buiten de GGZ participeert in de proeftuin, te weten:

- De regionale instelling GGZ Oost-Brabant
- UNiK (eerst Dichterbij), ambulante ondersteuning van mensen met verstandelijke beperkingen
- De lokale welzijnsaanbieders, inmiddels gefuseerd tot ONS Welzijn
- BrabantZorg, een organisatie voor verpleging, verzorging en thuiszorg
- Pantein, thuiszorgorganisatie
- Eerstelijns adviesorganisatie Robuust
- Vertegenwoordigers van huisartsen
- De zorgverzekeraars CZ en VGZ
- De woningcorporatie Brabant Wonen
- Gemeente Oss.

Het samenwerkingstraject
Het samenwerkingstraject startte met de intentie om alle aan de inwoners van Ruwaard bestede budgetten van de deelnemende samenwerkingspartners samen te voegen en vanuit één gezamenlijk, sectoroverstijgend (en niet geïndividualiseerd) budget te komen tot een ontschotte, wijkgebonden bekostiging van wonen, zorg en welzijn voor de wijkbewoners. Achterliggende gedachte daarbij was dat een dergelijke insteek de doelmatigheid, slagkracht en zeggenschap van professionals en burgers zou vergroten. Daarmee zou er meer ruimte komen voor voorzorg op collectieve schaal, zo was de gedachte. Besparingen zouden niet terugvloeien naar de afzonderlijke partijen, maar bij de bewoners blijven.

Voor het realiseren van dit plan waren er diverse uitdagingen zoals het ontwikkelen van een andere manier van monitoren en verantwoorden, en het bewerkstelligen van een gedragsverandering bij de betrokkenen. Er werd een bestuurlijke stuurgroep vanuit bovengenoemde organisaties ingesteld. In opdracht van de stuurgroep is een nulmeting uitgevoerd naar de omvang van de bestedingen van elk van de betrokken organisaties aan (de zorg aan bewoners van) de wijk. Inmiddels is op hoofdlijnen een beeld van die bestedingen voorhanden.
Alle betrokken partijen onderschrijven dat het ontschotten van budgetten randvoorwaardelijk is aan een verschuiving naar eigen kracht, voorzorg en collectiviteit. De stap daartoe is tot dusverre echter nog niet gezet. Met name het individuele recht op zorg binnen de Zvw is een belemmering - ondanks de speciale proeftuinstatus - en het gebrek aan controle op de inzet en besteding van middelen. Voor

de gemeente is er meer beleidsvrijheid, maar spelen legitimiteit, betrouwbaarheid en rechtmatigheid een grotere rol.

In de loop van het traject is het inzicht ontstaan dat het op deze schaal samenvoegen van alle uitgaven aan individuele klanten geen startpunt kan zijn, maar een gefaseerde invoering vergt. Het samenwerkingstraject heeft daarmee ten dele een nieuwe insteek gekregen. Waar inhoudelijke doelstellingen nog dezelfde zijn, wordt nu nadrukkelijker vanuit praktijkinitiatieven geanalyseerd wat er op bestuurlijk niveau nodig is en hoe vanuit het bestuurlijke niveau praktijkideeën gefaciliteerd kunnen worden. Bestuurders krijgen als het ware een 'boodschappenlijstje' mee van de professionals met wat zij nodig hebben om de doelen, samen met de burgers, te realiseren. Daarmee is het initiatief nu niet alleen meer bij de bestuurders maar ook bij de praktijk zelf komen te liggen. De focus ligt daarbij op initiatieven op het gebied van voorzorg, preventie, ondersteuning en participatie. Voorbeelden hiervan zijn het Talentencentrum, het huismeesterproject[1] en de participatie in het kringloopbedrijf[2]. De positieve gezondheidsdefinitie van Huber (2013) is een belangrijke leidraad. Van belang is ook dat bewoners zelf (en onderlinge ontmoeting) een belangrijke plaats hebben in de initiatieven en dat gekozen wordt voor een wederkerige en activerende insteek.

Per saldo kent het samenwerkingstraject in deze fase geen (nog) concrete doelen in de zin van 'dan en dan moet dit bereikt zijn'. Het ontwikkelt zich gaandeweg, al zoekende. Dit past bij de complexiteit, het aantal betrokken partijen, mensen en financieringsstromen, zo luidt het. De gedachte is dat vanuit een gezamenlijk, algemeen gedeeld toekomstbeeld en gegeven de inzet en motivatie van de betrokkenen, de realisatie van dat toekomstbeeld werkende weg gestalte gaat krijgen.

[1] Het huismeesterproject is een arbeidsparticipatieproject voor mensen met psychische problematiek, veelal jongeren. Zij zetten zich in als huismeester bij de woningcorporatie en worden begeleid door medewerkers van de woningcorporatie die weer gecoacht worden door trajectbegeleiders.
[2] Het kringloopbedrijf biedt vrijwilligersplaatsen aan mensen met psychische problematiek. Cliënten van de GGZ coachen elkaar binnen het kringloopbedrijf. Medewerkers van de GGZ geven psycho-educatie.

2.4 *Bevorderende en belemmerende factoren*

Overeenkomstig aan elk van de bovenstaande drie voorbeeldregio's is dat de betrokken partijen maximaal gebruik trachten te maken van het momentum dat door de transities wordt gegenereerd. Die transities plaatsen elke partij afzonderlijk voor belangrijke uitdagingen, maar ze genereren ook energie. Die energie wordt in de voorbeeldregio's nadrukkelijk benut tot wederzijdse inspiratie en motivatie (twee veelgehoorde kernbegrippen in elk van de regio's). Daarbij kent overigens elk van de regio één of enkele kartrekkers die 'de boel bij elkaar houden'.

De voorbeelden laten ook zien dat er verschillende typen doelstellingen in de bestuurlijke samenwerkingstrajecten te onderscheiden zijn. Grofweg gaat het om top-down doelstellingen, waarbij op bestuurlijk niveau ontwerpplannen worden ontwikkeld voor het gewenste zorglandschap die na de planfase dienen te worden geïmplementeerd; en bottom-up doelstellingen, waarbij wordt bezien hoe goede initiatieven in de praktijk vanuit het bestuurlijke niveau kunnen worden gefaciliteerd en hoe knelpunten in de praktijk vanuit bestuurlijk niveau kunnen worden weggenomen. Het samenwerkingstraject in Oost-Gelderland is vooral ingestoken vanuit de top-down aanpak. In het traject in Oss is men gaandeweg (mede) op de koers van een bottom-up aanpak gaan zitten. In het Utrechtse traject is, met de inzet op de ontwikkeling van een aantal pilots, voor een tussenvorm gekozen.

In geen van de regio's wordt overigens een expliciete voorkeur uitgesproken voor de ene of de andere benadering. Beide lijken van belang geacht te worden. Zo wordt in Oost-Gelderland gesignaleerd dat rond veel van de in het ontwerp toekomstig zorglandschap opgenomen onderdelen, in de praktijk al belangrijke ontwikkelingen gaande zijn. In het samenwerkingsproject in Oss is de invoering van een brede en integrale wijkgebonden bekostiging in de tijd naar achteren geschoven, maar is het streven ernaar nog steeds aanwezig.

Meer of minder uitgesproken lijkt in elk van de drie voorbeeldregio's de samenwerking te zijn gebaseerd op de overweging dat er een wisselwerking dient te zijn tussen gezamenlijke visie- en planvorming enerzijds en het gezamenlijk stimuleren en faciliteren van positieve praktijkontwikkelingen anderzijds. Die dynamiek wil men in stand houden.

De voorbeelden laten ondertussen ook zien dat, ongeacht de aanpak en doelstellingen, de samenwerkingstrajecten zich ook in deze voorhoederegio's en niettegenstaande de goede wil van alle betrokkenen, nog grotendeels in de 'papieren' fase bevinden, ook in die regio's waar de samenwerking al enkele jaren bestaat. Zowel de implementatie van de ontwikkelagenda in Oost-Gelderland, als de pilots in Utrecht en de 'bottom-up' beweging in Oss lijken nog goeddeels op gang te moeten komen. In die zin lijkt elk van de samenwerkingstrajecten een cruciale fase te naderen, waarin moet blijken in hoeverre het momentum behouden blijft en sterk genoeg is om te resulteren in substantiële verbeteringen in de organisatie, kwaliteit en effectiviteit van de zorg en ondersteuning in de praktijk. Daarbij is ook van belang of en in hoeverre de knelpunten die in de regio's worden benoemd, in de komende periode 'getackeld' zullen kunnen worden. De belangrijkste van die knelpunten is de complexiteit van het samenwerken met een groot aantal partijen, elk met eigen deelbelangen, geografische werkgebieden, wettelijke en financieringskaders, en die soms ook concurrent zijn. Cruciaal binnen het vervolg van de

samenwerkingstrajecten lijkt vooral de vraag in hoeverre binnen deze complexe constellatie de wil en de mogelijkheden bij alle afzonderlijke partijen aanwezig zijn en blijven om 'te geven en te nemen'.

3 Deel II Samenwerking Sociale wijkteams en FACT

3.1 Inleiding

In een veranderend zorglandschap voor mensen met ernstige psychische aandoeningen zijn de sociale wijkteams en FACT-teams steeds meer op elkaar zijn aangewezen en zullen zij meer elkaars vanzelfsprekende samenwerkingspartners worden. Beide type teams zijn actief in de wijk en hebben raakvlakken met elkaar voor zover het de zorg voor mensen met (complexe) psychische problemen betreft. Doel- en taakstellingen kunnen per gemeente anders zijn ingevuld (zie onderstaand) en bovendien zijn er niet in elke gemeente sociale wijkteams of buurtteams opgericht. In veel gevallen zoeken zowel wijk- als FACT-teams nog naar goed werkbare onderlinge verhoudingen, goede samenwerkingsvormen en de precieze taakverdeling. Dit is een logisch gevolg van alle veranderingen die door de transitie en decentralisatie van overheidstaken naar de gemeenten zijn ingezet. Voor veel wijkteams geldt dat zij zich nog volop bevinden in de pioniersfase en zijn de inspanningen erop gericht om organisatorische zaken te regelen en de gekozen doelstellingen inhoudelijk tot recht te laten komen, zowel intern als extern waaronder dus ook de samenwerking met externe partners vanuit de GGZ. Andersom geldt dat de FACT-teams zich eveneens moeten gaan verhouden tot de sociale wijkteams. Beide teams ontmoeten elkaar ‘aan de voordeur’, bijvoorbeeld bij situaties van overlast of psychische crisis. Maar op het sociaal domein zijn er wellicht nog belangrijker raakvlakken. Alle wijkteams in Nederland hebben doelstellingen op het vlak van participatie en meedoen, het versterken van eigen kracht, etc. Ook de FACT-teams stellen zich principieel tot taak om hun cliënten – naast behandeling - op weg te helpen richting werk of scholing, een zinvolle daginvulling en het herstellen van sociale verbanden. Vrijwel alle FACT-teams hebben daarvoor aparte aandachtsfunctionarissen in het team opgenomen, bijvoorbeeld maatschappelijk werkenden. Een verschil tussen wijkteam en de FACT-werkwijze is wellicht dat de wijkteams meer in de wijk zijn ingebed dan FACT en dat de wijkteams gemakkelijker verbindingen weten te leggen met allerlei instanties en domeinoverstijgend te werk gaan.

In het kader van deze rapportage is het interessant om na te gaan op welke manier de taakstelling van wijk- en FACT-teams goed gestalte kan krijgen. De vraag is op welke manier medewerkers uit beide teams elkaar goed kunnen aanvullen zodat cliënten met psychische problemen optimaal kunnen meedoen in de samenleving en aansluiting weten te vinden in de buurt en zich daar welkom weten. Om deze vraag beter te kunnen plaatsen, geven we in het onderstaande een toelichting op de sociale wijkteams en de FACT-teams.

Kenmerken van de sociale wijkteams
Begin 2015 heeft Movisie een rapport uitgebracht over de stand van zaken van de sociale wijkteams (Van Arum & Schoorl). Het betrof een peiling onder 224 gemeenten, ruim 50% van het totale aantal. Onderstaand belichten we een aantal resultaten uit deze rapportage om zo de context van de sociale wijkteams te verduidelijken:

- Van de gepeilde gemeenten werkt bijna 70% met sociale wijkteams en 17% heeft plannen daartoe.
- De teams worden op uiteenlopende wijze vormgegeven. Het meest genoemde model is een breed samengesteld integraal wijkteam dat alle hulpvragen oppakt, van enkelvoudige tot meervoudige problematiek. Een andere vorm die regelmatig voorkomt is een breed integraal

team dat zich uitsluitend richt op complexe of meervoudige hulpvragen. In de betreffende gemeenten functioneren meerdere teams naast elkaar op afgebakende domeinen of doelgroepen. Na een intakegesprek wordt bepaald in welk team een cliënt het beste past. In het derde model functioneert een generalistisch team als voorpost met daarachter domein-specifieke teams waarnaar zo nodig verwezen kan worden.

- De samenstelling is gevarieerd. In de top drie zitten WMO-consulenten, medewerkers maatschappelijke dienstverlening en MEE (rond de 85%) in het team. In ongeveer de helft van de gevallen heeft het team een medewerker Werk & Inkomen en een wijkverpleegkundige. Opvallend is dat in 12% van de gevallen ook vrijwilligers deel uitmaken van het team. In 36% van de teams participeren medewerkers uit de GGZ en in 13% uit de verslavingszorg.
- De meeste teams hebben een gemengde samenstelling van generalisten en specialisten. Dikwijls wijst men op T-shaped professionals: een medewerker met een eigen specialisme die naar buiten toe als generalist optreedt.
- Gevraagd naar de verhouding tot de tweedelijnszorg blijkt dat 58% van de generalistische teams indien nodig specialisten van buitenaf inschakelen en zelf de regie behouden. Maar ook kiest 30% van deze teams ervoor om de zorg over te dragen als er langdurige zorg en ondersteuning nodig blijkt te zijn.
- In driekwart van de gevallen kunnen bewoners zich direct melden bij het wijkteam zonder verwijzing. Van de gemeenten geeft 67% aan dat zij burgers proactief, outreachend benaderen.
- De helft van de gemeenten heeft afspraken gemaakt over te behalen doelstellingen. Opvallend is dat participatie laag scoort (8% vindt dit een belangrijke doelstelling). Het vergroten van de zelfredzaamheid van burgers scoort daarentegen als doelstelling veel hoger, ruim 50%. Preventie en het voorkomen van escalatie scoort ook relatief hoog.

Gesteld kan worden dat de gemeentelijke sociale wijkteams in korte tijd een snelle ontwikkeling hebben doorgemaakt. Uit het bovenstaande komt een gevarieerd beeld naar voren maar evenwel is duidelijk dat wijkteams zich vooral kenmerken door het bieden van sociaal maatschappelijke dienstverlening. De teams staan open voor allerhande vragen op alle belangrijke leefgebieden (een generieke taalstelling) en waar nodig wordt specialistische hulp ingeschakeld of worden cliënten doorverwezen.

In het kader van deze rapportage willen we ingaan op de samenwerking met de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) en dan met name de FACT-teams. Uit het boven aangehaalde onderzoek van Movisie werd duidelijk dat in ruim een derde van alle teams een of meerdere GGZ-medewerkers werkzaam zijn. Dikwijls zijn dit hulpverleners die aanvankelijk werkzaam waren in GGZ-instellingen voor beschermd en begeleid wonen (bij een RIBW of andere GGZ-instelling). Sinds het beschermd wonen onder de gemeentelijke verantwoordelijkheid valt, heeft er in verschillende plaatsen en regio's (afhankelijk van de aanbestedingsroutes) een verschuiving plaatsgevonden in de gebruikelijke cliëntstromen: mensen met psychische problemen en betrekkelijk lichte begeleidingsbehoeften die voorheen ambulante begeleiding kregen vanuit het beschermd wonen (GGZ), krijgen nu begeleiding vanuit wijkteams. Zo ook zijn er medewerkers vanuit de beschermende woonvormen gedetacheerd of 'overgegaan' naar de wijkteams. Zij zijn vaak degenen die begeleiding bieden aan de mensen met (ernstige) psychische problemen. Voor mensen met ernstige psychische aandoeningen (EPA) die zelfstandig wonen, bestaat soms de constructie dat zij behandeling krijgen vanuit een multidisciplinair samengesteld FACT-team met aanvullende ambulante begeleiding vanuit een RIBW of een ander GGZ-team voor beschermd en

begeleid wonen. Voor dit laatste kan in principe ook een sociaal wijkteam ingeschakeld worden. FACT- en wijkteam hebben dan aanvullende taakstellingen.

Kenmerken van FACT-teams

In Nederland vervullen de FACT-teams een belangrijke rol in het kader van de ambulantisering (Van Veldhuizen e.a., 2015). Zij richten zich op mensen met langdurige en ernstige psychische aandoeningen. De meeste cliënten hebben langdurig actuele klachten en maken regelmatig een crisis door. Deze teams hebben een outreachende functie en bieden ambulante behandeling bij de cliënt thuis. Het gaat om specialistische tweedelijnszorg. De teams kenmerken zich door hun flexibele inzet zodat de zorg gemakkelijk geïntensiveerd kan worden in perioden dat dat is aangewezen, bijvoorbeeld als cliënten decompenseren en intensief behandeld en begeleid moeten worden. Ook als cliënten de zorg afwijzen of niet willen meewerken aan een behandeling wordt er continu contact gezocht en zogenoemde bemoeizorg geboden op de plaatsen waar de cliënt zich bevindt, zo nodig op straat of in de maatschappelijke opvang. Er zijn verschillende behandelaren verbonden aan het FACT-team, waaronder psychiaters en psychologen, psychiatrisch verpleegkundigen en veelal een verslavingsdeskundige. Bijzonder is ook dat er veelal een maatschappelijk werker, ervaringsdeskundige en een arbeidstrajectbegeleider werkzaam is voor de cliënten. In dat opzicht bieden FACT-teams geïntegreerde zorg die flexibel inzetbaar is.

Naast de FACT-teams spelen teams voor begeleid zelfstandig wonen van de RIBW's ook een rol in de ambulante zorg voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Deze teams geven voor een langere of kortere periode woonbegeleiding en hebben vaak wekelijks of tweewekelijks contact met de cliënten. Zowel bij FACT als de RIBW's is een beweging gaande om de begeleidingsduur te verkorten en cliënten sneller uit te schrijven of over te dragen aan de sociale wijkteams. Van belang is dan dat de wijkteams zo nodig snel specialistische zorg kunnen inschakelen. Bij cliënten die niet meer vallen onder het FACT-team, lopen de lijnen via de huisarts. Als het gaat om lichte klachten kan de praktijkondersteuner GGZ (POH-GGZ) ondersteuning bieden, bij ernstige problemen is behandeling vanuit het FACT-team aangewezen.

Samenwerking tussen sociale wijkteams en FACT

In een veranderend zorglandschap waarin steeds meer nadruk komt te liggen op ambulante zorg en behandeling voor mensen met ernstige psychische problemen met een gelijktijdige reductie van bedden, krijgen de medewerkers van het sociale wijkteam meer en meer te maken met cliënten met complexe psychische problemen. Over het algemeen zijn er een paar verschillende vormen van samenwerking (denkbaar): consultatie; ad hoc samenwerking op casusniveau volgens een vrij gescheiden taakverdeling; meer structurele samenwerking waarbij een ggz-hulpverlener meedraait in het wijkteam; of integrale samenwerking volgens het principe van één cliënt - één plan.

- Consultatie: De wijkteams komen betrekkelijk veel in aanraking met mensen met meervoudige problemen waaronder psychische problemen. Kenmerkend is dat psychische ziektebeelden opeens tijdelijk weer in ernst kunnen toenemen of kunnen opvlammen, zodanig dat overwogen moet worden om specialistische tweedelijnszorg in te schakelen. Het is dan belangrijk dat er snel advies gevraagd kan worden bij de POH-GGZ of medewerkers van FACT. Zij zijn goed in staat om een snelle inschatting te maken van de ernst van de situatie en wat er benodigd is. Ook bij twijfel of dreigende psychische crises is consulatie geboden. De praktijk laat nog veel variatie zien in de wijze waarop deze consultatiefunctie invulling krijgt.

- Samenwerking op casusniveau: In sommige praktijken die we hebben bezocht en beschreven is er geen reguliere samenwerking en werken de teams in principe gescheiden, maar vindt men elkaar op ad-hoc basis, mede afhankelijk van persoonlijke relaties.
- Structurele samenwerking: Er zijn verschillende voorbeelden van sociale wijkteams die voor een bepaald aantal uur een GGZ-medewerker aan hun team hebben verbonden, op detacheringsbasis, in loondienst of anderszins. Dit teamlid biedt waar nodig consultatie en gaat mee op huisbezoek als er sprake is van complexe psychische problemen.
- Integrale samenwerking: Het ideaalbeeld is dat wijk- en FACT-team elkaar aanvullen en goed samenwerken. Het sociale wijkteam kan daarbij profiteren van de GGZ-deskundigheid en vice versa kunnen de FACT-teams profiteren van deskundigheid op het brede sociale domein. De wijkteams hebben idealiter een goede inbedding in de wijk en kunnen in dat opzicht verbindingen leggen die mensen met psychische problemen zelf wensen. Op die manier is er meer oog voor de sociale inclusie van cliënten en kunnen wijk- en FACT-teams daar gezamenlijk op inzetten, samen met de cliënt en het systeem eromheen. Dit principe is nog vrij ongebruikelijk zoals blijkt uit de praktijkvoorbeelden die we in het komende deel beschrijven. In een aantal van de proeftuinen in het kader van de Taskforce EPA zal hier het komende jaar ervaring mee worden opgedaan (één cliënt, één plan).

Hierna worden zes praktijkvoorbeelden beschreven van de samenwerking tussen sociale wijkteams en FACT-teams waarbij steeds aandacht wordt besteed aan deze verschillende samenwerkingsmodellen.

3.2 Den Haag

Context

In Den Haag zijn 15 FACT-teams actief (deze teams worden in Den Haag GGZ-teams genoemd) en 24 sociale wijkteams. De sociale wijkzorgteams[1] in Den Haag zijn georganiseerd als netwerkorganisatie. Dit betekent dat de sociale wijkzorgteams bestaan uit medewerkers die in dienst zijn van en gefinancierd worden door de aangesloten organisaties en niet door de gemeente. De deelnemende organisaties investeren dus op deze manier in de sociale wijkteams. Het netwerk (vastgelegd in een convenant) bestaat onder andere uit welzijnsorganisaties, thuiszorgorganisaties, wijkverpleegkundigen en Parnassia (GGZ). De deelnemende organisaties leveren professionals voor de sociale wijkzorgteams (meestal voor acht uur per week, per team). Elk team heeft een GGZ-team medewerker van Parnassia (of van Brijder verslavingszorg, eveneens onderdeel van de Parnassia Groep) voor twee uur per week. De organisaties nemen deel aan de sociale wijkzorgteams met als doel het realiseren van zorgcoördinatie, volgens het principe één casus, één plan, één regisseur.

Doel

De GGZ-teams hebben als doel om mensen met ernstige psychische aandoeningen te behandelen, ondersteunen en te begeleiden. De GGZ-teams zijn multidisciplinaire teams. In een aantal GGZ-teams werken tevens medewerkers van bijvoorbeeld Brijder Verslavingszorg, I-Psy, interculturele psychiatrie en PsyQ, specialistische behandeling.

Alle mensen die bij het sociale wijkzorgteam gemeld worden, worden thuis bezocht door twee sociaal wijkteam medewerkers. Samen met de cliënt wordt een overzicht gemaakt van de problemen (per levensterrein), welke doelen gesteld kunnen worden en welke acties moeten worden uitgevoerd om de zelfredzaamheid van de cliënt dusdanig te versterken dat hij het eindelijk weer zelf kan redden. Door middel van een online tool worden de analyse, de doelen en de acties doorgenomen met de andere teamleden om zo gezamenlijk het integrale plan van aanpak vast te stellen. Een van de medewerkers van het team wordt de casusregisseur en gaat samen met de cliënt na van welke specifieke aanbieder de cliënt vervolgens de ondersteuning (maatwerkvoorziening) wil krijgen. Dit kan de moederorganisaties van de casusregisseur zijn, maar dat hoeft niet. De casusregisseur blijft wel altijd de voortgang monitoren totdat de doelen zijn bereikt.

Doelgroep

In Den Haag richten de sociale wijkzorgteams zich op ‘volwassenen met ernstige of meerdere problemen, die niet in staat zijn deze zelf of met hulp van de omgeving op te lossen’[2]. Burgers met vragen en ondersteuningsbehoeften die niet tot deze specifieke doelgroep behoren, kunnen in Den Haag terecht bij de servicepunten in de stad (regulier en XL) gevestigd in wijk- en buurtcentra. Via de servicepunten XL, de politie en de huisarts kunnen mensen verwezen worden, via een digitale meldcode, naar de sociale wijkzorgteams.

[1] In Den Haag heten de teams sociale wijk*zorg*teams

[2] Infographic Sociale wijkzorgteams Den Haag

Samenwerking
De gemeente en Parnassia hebben een formele samenwerkingsrelatie vastgelegd in het convenant van de netwerkorganisatie van de sociale wijkteams. Medewerkers van het GGZ-team maken structureel onderdeel uit van de sociale wijkteams. De gemeente zag de GGZ vanaf de start als benodigde netwerkpartner, voor het inzetten van GGZ-kennis maar ook voor het voorkomen van het 'langs elkaar heen werken en het stapelen van coördinatie op coördinatie'. Ook Parnassia onderschreef de relevantie en potentiële opbrengsten van de samenwerking. Parnassia zag echter geen mogelijkheden om GGZ-medewerkers 8 uur per week (per team) vrij te maken en daarom is afgesproken dat de GGZ-medewerkers zich twee uur per week inzetten voor het sociale wijkzorgteam (nadat hier eerst een proef mee is uitgevoerd). Dit betekent wel dat de GGZ-medewerkers geen casusregisseur zijn voor cliënten van de sociale wijkteams.

Betekenis van de sociale wijkzorgteams voor mensen met EPA
Het feit dat medewerkers van de GGZ-teams structureel onderdeel uitmaken van de sociale wijkzorgteams heeft volgens de geïnterviewde verschillende opbrengsten voor mensen met EPA. Zo weten de professionals elkaar nu sneller en makkelijker te vinden waardoor bij problemen rondom wonen en schulden nu meer en beter samengewerkt wordt en er snellere en betere resultaten voor en met cliënten geboekt kunnen worden. En doordat de medewerkers van de GGZ-teams hun kennis overdragen aan de collega's van het wijkteam (en aan professionals die wel in de wijk werken maar niet in het wijkteam) weten deze collega's nu meer over de betekenis van bepaald gedrag. Bijvoorbeeld, dat als een cliënt zich terugtrekt of te laat komt op een afspraak, dit niet hoeft te betekenen dat hij of zij niet gemotiveerd is. Het zijn soms kleine veranderingen in kennis en visie die veel kunnen betekenen.

Bijzonderheden
Een aantal zaken valt op aan de samenwerking tussen de sociale wijkzorgteams en de GGZ-teams in Den Haag. De samenwerking is formeel gezien, bedacht en ontworpen op (semi-)bestuurlijk niveau. Maar de samenwerking heeft zijn vorm gekregen in de praktijk waarbij bewust tools zijn ingezet om de samenwerking te versterken, zoals het samen op huisbezoek gaan en overleggen over het plan van aanpak met het gehele team middels de online-tool. Ook wordt er expliciet geïnvesteerd in de medewerkers met cursussen (bij aanvang) en symposia en workshops. Dit alles versterkt de gezamenlijke inzet voor de doelgroep.

Knelpunten
De geïnterviewden noemden een aantal knel- en aandachtspunten. De privacy van de cliënt is onderwerp van gesprek. De medewerkers van de GGZ-teams moesten aan hun nieuwe collega's van de sociale wijkzorgteams uitleggen dat zij gebonden zijn aan het medisch beroepsgeheim en niet alle informatie kunnen delen. Aan de andere kant willen de GGZ-medewerkers wel dat de informatie die nodig is om het juiste plan van aanpak te maken, bekend is. Inmiddels is er over en weer meer bekendheid over wat wel en wat niet kan, maar het blijft een spanningsveld.
De geïnterviewden noemden ook dat er soms na veel moeite contact is gelegd met een wijkbewoner maar dat voor het vervolgtraject een verwijzing van de huisarts nodig is en de cliënt hiertoe niet in staat is en geen medewerking verleent. Er is duidelijk noodzaak om hulp te bieden maar het aantal beschikbare uren van de GGZ voor bemoeizorg is op dit moment beperkt. De coördinatoren van de

sociale wijkteams signaleren dit als knelpunt. De gemeente onderkent het probleem en heeft inmiddels eerste stappen gezet om dit aan te pakken.

Het derde aandachtspunt is dat de GGZ-teams én de sociale wijkzorgteams beide meer gericht zijn op zorg en minder op participatie. Er zijn in de wijken wel allerlei initiatieven gericht op participatie maar de analyse tot nu toe is dat een deel van de mensen met EPA extra ondersteuning nodig heeft om daadwerkelijk aan te haken bij deze initiatieven. Wanneer door het sociale wijkzorgteam een 'maatwerkvoorziening ondersteuning' is geadviseerd, kan vanuit dit arrangement het zoeken naar geschikte vormen van maatschappelijke en sociale participatie (dagbesteding) worden ondersteund.
Een volgend aandachtspunt is dat de GGZ-teams en andere organisaties geen financiering krijgen van de gemeente voor hun deelname aan de sociale wijkzorgteams. Daarmee komen instellingen voor de vraag te staan wat deelname precies kan opleveren. Dit kan een neiging tot *casefinding* genereren (cliënten 'vinden' bij het sociale wijkteam waar gemeentelijk gefinancierde vervolgtrajecten voor uitgevoerd kunnen worden). Voordeel is wel dat mensen in de wijk die zorg en ondersteuning nodig hebben via deze casefinding eerder in beeld komen. Ten slotte werd genoemd dat het voor de GGZ-medewerkers die onderdeel zijn van de sociale wijkteams soms lastig is om uit te komen met de uren die hen ter beschikking zijn gesteld door de eigen organisatie (2 uur per week).

Bevorderende en kritische succesfactoren
In Den Haag hebben meerdere factoren bijgedragen aan het totstandkomen van de samenwerking tussen het sociale domein en de GGZ. Allereerst was er al een goede samenwerkingsrelatie tussen de gemeente en de GGZ en heeft de gemeente in de ontwerpplannen de GGZ benoemd als gewenste samenwerkingspartner in het sociale domein. Ook is er geïnvesteerd in deskundigheidsbevordering. Parnassia bood de sociale wijkteams cursussen en de gemeente organiseerde een kennisdag. De samenwerking is in de praktijk gestimuleerd door de werkwijze van gezamenlijke huisbezoeken en de online-samenwerkingstool. En belangrijk, er is met het convenant een gezamenlijke (lange termijn) visie en een gezamenlijk belang om de zelfredzaamheid van burgers met multiproblematiek te vergroten.

3.3 Amersfoort

Context
In Amersfoort zijn vier FACT-teams (met medewerkers van GGz Centraal, Kwintes en Victas) en negen Wijkteams[1] actief. De medewerkers van de Wijkteams zijn afkomstig van verschillende organisaties op het gebied van onder andere jeugdhulpverlening, verstandelijk gehandicaptenzorg, maatschappelijke opvang en woonbegeleiding. De medewerkers van de Wijkteams zijn in dienst van deze organisaties maar worden functioneel aangestuurd door de gemeente (volgens het inkoopmodel) en zijn in één gemeentelijke afdeling onder gebracht. (Deze organisatievorm gaat in de toekomst mogelijk veranderen). De teams kunnen voor consultatie terecht bij organisaties met aanvullende expertises.

Doel
De werkzaamheden van de Wijkteams zijn divers en uiteenlopend met als kerntaak het bieden van hulpverlening of het organiseren van hulpverlening aan mensen in de wijk. Daarnaast geven de teams de beschikkingen af voor maatwerkvoorzieningen.

Doelgroep
De Wijkteams richten zich op een brede doelgroep; mensen kunnen bij het Wijkteam terecht voor ondersteuning op alle leefgebieden, variërend van een opvoedvraag tot multi-problematiek tot een verwijzing door de politie vanwege een huisverbod. De ervaring is dat de meeste tijd wordt besteed aan mensen met multi-problematiek. Mensen kunnen op eigen initiatief komen of worden doorverwezen door bijvoorbeeld de huisarts.

Samenwerking
De FACT-teams en de Wijkteams zijn ongeveer gelijktijdig gestart met pilotteams, in 2012/2013. Vanaf de start is de samenwerking gezocht en de laatste anderhalf jaar is dit geïntensiveerd. Het samenwerkingsproces is een proces van 'vallen en opstaan' en veel investeren in elkaar om duidelijk te maken wie wat kan doen voor welke cliënt. Daarbij hebben de FACT-teams de Wijkteams ook nodig voor het afgeven van beschikkingen. FACT-medewerkers hebben aansluiting gezocht bij de Wijkteams door deel te nemen aan werkoverleg en casuïstiekbesprekingen. Zij hebben uitleg gegeven over hun beroepsgeheim en over wat FACT-medewerkers wel en niet kunnen (bijvoorbeeld dat er niet zo maar dwangmedicatie kan worden gegeven) en wat andere professionals van de GGZ kunnen betekenen voor cliënten. FACT-medewerkers bieden laagdrempelige consultatie en een aantal FACT-medewerkers bezoekt de sociale wijkteams regelmatig. In de praktijk kunnen medewerkers van de Wijkteams en de FACT-teams elkaar vaak goed vinden (maar nog niet altijd) en kunnen zij gezamenlijk optrekken om de cliënt zo goed mogelijk te begeleiden. 'De lijnen zijn kort'.

Betekenis van de sociale wijkteams voor mensen met EPA
De geïnterviewden zien diverse opbrengsten voor mensen met EPA van de samenwerking tussen de Wijkteams en de FACT-teams. Allereerst komt het systeem van de cliënt nu beter in beeld en kunnen FACT-medewerkers het wijkteam inschakelen om hulp en ondersteuning te bieden en te organiseren

[1] In Amersfoort worden de sociale wijkteams, Wijkteams genoemd.

voor de familieleden van de cliënt: *"Zo zochten we naar ondersteuning voor de man en dochter van een cliënt. Dan zorgt het Wijkteam er voor dat de vader opvoedondersteuning krijgt, de dochter op een peuterspeelzaal kan komen met een medische indicatie en dat er een vrijwilliger in het gezin komt. Omdat het nu beter gaat op dit vlak zijn wij ook meer met het systeem van de cliënt bezig."* (interview met FACT-medewerker). Voorheen werd dit ook gedaan maar had het meer voeten in aarde en was het moeilijk om te volgen of er ook daadwerkelijk acties werden ondernomen. Een tweede opbrengst is dat het afgeven van beschikkingen nu soepeler verloopt dan voorheen bij het CIZ omdat er meer focus is op wat de cliënt nodig heeft en aankan, in plaats van hoeveel uur hulp er geboden mag worden en wat er in die uren dan maximaal gerealiseerd kan worden. Met andere woorden, er is meer maatwerk mogelijk. Ook hebben mensen met EPA nu een 'zichtbaar punt in de wijk' waar ze naartoe kunnen. En FACT-medewerkers schakelen de wijkteams in voor cliënten die stabiel zijn maar bij wie het belangrijk is dat er actief een oogje in het zeil wordt gehouden en er (net) meer nodig is dan de huisarts en de POH kunnen doen. Dit wordt door de geïnterviewden gezien als waardevol onderdeel van de keten.

Bijzonderheden
Aan de samenwerking tussen de medewerkers van de Wijkteams en de FACT-teams in Amersfoort valt op dat er met wederzijds vertrouwen en een open houding wordt gewerkt. Er wordt gefocust op 'samen uitzoeken wat de cliënt nodig heeft en dit vervolgens uitvoeren en organiseren'. Deze werkwijze wordt bestempeld als de 'transformatie' die gemaakt moet worden na de transities. De geïnterviewde medewerkers van de FACT-teams benoemen dat investeren in het netwerk voor hen een expliciet doel is en dat zij de vrijheid nemen om laagdrempelig contact te onderhouden met de medewerkers van het sociale domein. Een ander opvallend punt is dat in Amersfoort niet wordt gekozen om de inhoud van het werk (geheel) in protocollen vast te leggen maar dat de samenwerking werkendeweg vorm krijgt. Met daarbij dan de ruimte om de inhoud van de begeleiding en ondersteuning in te vullen op basis van de wensen en mogelijkheden van de cliënt en de expertise van de professionals.

Knelpunten
Privacy en behandelverantwoordelijkheid zijn punten die nadere uitwerking vergen. Hierin zijn wel al slagen gemaakt doordat de FACT-medewerkers met de medewerkers van het sociale domein in gesprek zijn over - bijvoorbeeld - het beroepsgeheim om zo vanuit de eigen werkwijze en regelgeving toch op een lijn te kunnen komen. Ook wordt gesignaleerd dat de keten nog verder verbeterd kan worden, bijvoorbeeld als het Wijkteam merkt dat een cliënt meer nodig heeft dan zij kunnen bieden en andersom. Er zou nog sneller en makkelijker geschakeld kunnen worden. De geïnterviewden noemden weliswaar voorbeelden van casussen waarin dit goed gaat maar dit is nog exemplarisch en geen stande praktijk. Nu lijkt het nog mede af te hangen van de 'klik' tussen de specifieke professionals. Ten slotte is er bij de wijkteams soms behoefte aan intensieve consultatie, bijvoorbeeld dat een GGZ-specialist daadwerkelijk mee gaat op huisbezoek in plaats van op afstand meedenkt. De middelen om dit financieel mogelijk te maken ontbreken echter dikwijls.

Bevorderende en kritische succesfactoren

De geïnterviewden hebben meerdere factoren benoemd die belangrijk zijn voor de samenwerking tussen het sociale domein en de FACT-teams. Allereerst is een open houding van de medewerkers van belang, net als de wil om samen te werken. De meerwaarde zien van elkaars inzet en expertise speelt hierbij een grote rol. Dikwijls is dit inzicht er al maar nog niet altijd; sommige medewerkers hebben nog steeds een grote focus op hun eigen werkterrein en expertise. Een volgende bepalende factor is dat de GGZ bereid is om te investeren in de samenwerking en dat de professionals de ruimte krijgen om laagdrempelige consultatie te kunnen verlenen. Dit is volgens geïnterviewden een kwestie van geven en nemen, het belang zien van een goed netwerk en het vertrouwen dat geïnvesteerde uren zich op andere terreinen weer uitbetalen. Daarnaast is het belangrijk om te beseffen dat een goede samenwerkingsrelatie tijd nodig heeft en dat er ook wel eens dingen misgaan. En dat dit erbij hoort zolang betrokkenen maar duidelijk blijven maken wat er van elkaar verwacht wordt en kan worden. Het werken met vaste contactpersonen en werken in beperkte geografische gebieden maken tevens dat de samenwerking sterker wordt en de burgers van die wijk goed in beeld zijn.

3.4 Eindhoven

Context

In Eindhoven (en omgeving) zijn 11 FACT/ACT-teams actief. Vijf FACT-stadsteams zijn samengesteld uit medewerkers van de geïntegreerde GGZ-instelling GGz Eindhoven en de categorale verslavingszorginstelling Novadic-Kentron. De wijkteams werken vanuit het samenwerkingsverband WIJeindhoven, onder regie van de gemeente, en zijn georganiseerd volgens het inkoopmodel. De medewerkers worden vanuit hun moederorganisatie gedetacheerd naar het samenwerkingsverband (in de toekomst wordt dit een zelfstandige organisatie). Onder andere GGZ-instellingen, thuiszorgorganisaties, het maatschappelijk werk en MEE hebben zich aangesloten bij dit samenwerkingsverband.

Doel

Een van de belangrijkste doelstellingen van de sociale wijkteams is het versterken van de sociale basis in de wijken [1]. De focus ligt op het versterken van de zelfredzaamheid van de burgers; het uiteindelijke doel is dat mensen (weer) leren om het zelf te doen. Daarnaast geeft het sociale wijkteam de indicaties af voor maatwerkvoorzieningen.

Doelgroep

De sociale wijkteams bedienen een brede doelgroep. In principe kunnen alle burgers met vragen terecht bij het sociale wijkteam waarbij alleen de burgers die het zelf of samen met anderen niet redden tijdelijk ondersteuning krijgen van één van de generalisten van het sociale wijkteam. Als er specialistische ondersteuning nodig is verwijst de generalist door naar een specialistische voorziening waarbij de generalist dit traject wel blijft volgen.

Samenwerking

De sociale wijkteams en de FACT-teams zijn samenwerkingspartners, op uitvoerend en bestuurlijk niveau. De praktische invulling van de samenwerking is nog ‘een zoekend proces’. De intentie is om te werken vanuit een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de doelgroep en ‘het neerzetten van coproducties’, maar vaak hangt het in de praktijk af van de klik tussen de individuele professionals. Soms wordt gedacht dat voor cliënten van het FACT-team alles al door de GGZ wordt geregeld hetgeen niet zo is. En andersom wordt soms verwacht dat de medewerkers van het sociale wijkteam veel doen om de participatie van cliënten te versterken hetgeen ook niet altijd het geval is. Het blijft in de praktijk een proces van voortdurende afstemming waarin de verwachtingen en mogelijkheden over en weer duidelijk gemaakt moeten worden. Soms is er optimale samenwerking en soms nog niet. De FACT-medewerkers geven ook consultatie waarbij het vaak nog een kwestie is van grenzen verkennen, van wat nog consultatie is en wat al overgaat naar behandeling.

---

[1] http://goedopgelost.overheid.nl/sociale-wijkteams-wijeindhoven-stimuleren-eigen-kracht-en-samenkracht/

Betekenis van de sociale wijkteams voor mensen met EPA

De samenwerking tussen de GGZ en het sociale domein zal kunnen leiden tot een andere visie op mensen met psychische problematiek, op meer focus op het burgerschap dan op de psychische stoornis. Het is de bedoeling dat uiteindelijk veel meer gekeken wordt naar wat er op het moment met iemand aan de hand is en wat iemand nodig heeft in plaats van dat de focus op de diagnose wordt gelegd. De gedachte 'het is psychiatrie, dus dat is GGZ' moet losgelaten worden, aldus de geïnterviewde. Afhankelijk van de context kunnen ook andere professionals een rol van betekenis spelen waardoor mensen uiteindelijk minder afhankelijk worden van de GGZ.

Bijzonderheden

Aan de samenwerking tussen de sociale wijkteams en de FACT-teams in Eindhoven valt op dat het soms erg goed gaat en men soms nog zoekende is, ook al zijn er professionals van de GGZ verbonden aan de sociale wijkteams. Dit hangt ook wel op personen en cultuur van werken. Goede samenwerking komt soms juist ook tot stand tussen professionals met een verschillende achtergrond.

Knelpunten

Nog niet alle professionals in de regio hebben een open houding en focus op samenwerking. Waar individuele professionals zich terugtrekken op hun (voorheen) eigen terrein is het moeilijk om samenwerking te bewerkstelligen.

Bevorderende en kritische succesfactoren

De wil om samen aan de slag gaan om zo de cliënt het beste te kunnen ondersteunen, duidelijke verwachtingen over en weer, en de bereidheid onder de professionals om hierover in gesprek te gaan en te blijven, ziet men als bevorderende factoren. Ook moet de ruimte die er is om zaken te delen optimaal benut worden en moet 'privacy' niet te pas en te onpas opgeworpen worden als belemmerende factor voor samenwerking.

3.5 Leeuwarden

Context

In Leeuwarden bestaan negen sociale wijkteams waaronder een dorpenteam en voor een tweetal aangewezen wijken een apart jeugd- en gezinsteam (pilot). De teams vallen onder de coöperatie Amaryllis. Eén team is aanvankelijk gestart als frontlijnteam in de Vogelaarwijken met een actieve, outreachende functie (gesprekken achter de voordeur, huis aan huis). De huidige sociale wijkteams trekken er in voorkomende gevallen – bijvoorbeeld bij meldingen van overlast, geweld, verwaarlozing van kinderen en schulden – actief op uit. Ook als mensen de zorg mijden of de weg niet zelfstandig weten te vinden, stapt het team er zelf op af.

Er zijn in heel Friesland 10 FACT-teams actief, alsmede drie FACT-jeugdteams en een forensisch FACT-team. De afgelopen jaren heeft GGZ Friesland veel geïnvesteerd in deze FACT-vorming waardoor de klinische capaciteit en de BW-capaciteit kon worden afgebouwd. Wijkteams en FACT-teams weten elkaar goed te vinden en FACT werkt samen met het wijkteam.

Doel

Doel van de ondersteuning van de wijkteams is dat mensen zelfredzamer worden en deelnemen en bijdragen aan de samenleving. Het gaat om hulp en zorg in de buurt, dicht bij huis, toegankelijk, integraal (niet versnipperd) en aandacht voor preventie. De regie blijft bij de cliënt. De teams bieden 'sociale basisondersteuning' waarvoor geen indicatie nodig is. Op indicatie worden ook maatwerkvoorzieningen geboden. De wijkteams hebben een rol bij woonbegeleiding; psychiatrische begeleiding en verslavingszorg; werk en activering; schuldhulpverlening; Wmo-voorzieningen; onveiligheid en overlast; bewonersinitiatieven; jeugd en gezin.

Doelgroep

De sociale wijkteams richten zich op mensen die zelfstandig wonen en op meerdere leefgebieden een vraag om ondersteuning hebben. Mensen kunnen er terecht voor informatie en advies en ook voor generalistische ondersteuning bij sociale, psychische of materiele vragen. Het gaat om volwassenen en jeugdigen. De ondersteuning kan voor kortere of langere periode geboden worden. Als mensen structureel begeleiding nodig hebben, zet het team als eerste in op het vormen of versterken van een informeel netwerk dat ondersteuning kan bieden. Als dat ontoereikend is en de begeleiding niet te intensief is kan er langdurige begeleiding worden geboden. Dit beperkt zich tot maximaal 4 tot 8 uur per maand gedurende een half jaar. Als er meer zorg nodig is wordt verwezen naar een andere zorgorganisatie (Werkkader voor de sociale wijkteams, gemeente Leeuwarden, 2015). De sociaal werkers hebben een actieve caseload van ongeveer 28 huishoudens/personen per FTE. De minder frequente contacten zijn hierbij niet inbegrepen.

Samenwerking met de GGZ

De behandeling van mensen met psychische problemen en verslavingsproblemen is een verantwoordelijkheid van de GGZ. De wijkteams kunnen zo nodig aanvullende ondersteuning bieden of nazorg. Bij mensen die instabiele periodes doormaken, kan het wijkteam behandelende instanties erbij halen. Er zijn veel raakvlakken tussen het werk van de wijkteams en de FACT-teams. Elk FACT-team heeft een aandachtsfunctionaris en contactpersoon voor de wijkteams. Zij gaan waar nodig mee op werkbezoek en zijn structureel aanwezig bij de reguliere overleggen van het wijkteam. De FACT-medewerkers denken mee over complexe casuïstiek en nemen waar nodig de regie over. Daarbij wordt een onderscheid

gemaakt tussen behandelregie (bij het FACT-team) en overkoepelende casusregie (bij het wijkteam). Alhoewel de FACT-medewerkers in formele zin geen onderdeel uitmaken van het wijkteam, hebben zij wel een aandeel in de zorg die het wijkteam levert aan mensen met ernstige psychische problemen.

Op initiatief van de gemeente en betrokken partijen is in het afgelopen jaar een pilotonderzoek bij twee sociale wijkteams gedaan om de samenwerking tussen FACT en wijkteams te structureren en te monitoren. Hierin zijn regievoering, gegevensuitwisseling en privacy, en de rol van beide partijen in de samenwerking nader uitgewerkt. Zo is er rond privacy en gegevensuitwisseling beschreven wat de onderlinge rechten en plichten zijn, en wanneer toestemming van de cliënt wordt gevraagd. Maandelijks is bijgehouden hoe vaak er sprake was van adviesvragen aan de FACT-contactpersoon, consultatiebezoeken door FACT, toeleiding naar FACT, en omgekeerd: toeleiding vanuit FACT naar het sociale wijkteam.
In de eerste maanden van de pilot was de samenwerking op de verschillende fronten bescheiden. Men leerde elkaar gaandeweg beter kennen en kreeg inzicht hoe men het beste onderling contact kon hebben. In de laatste acht maanden is er een meer intensieve samenwerking gegroeid. Maandelijks werden (afgerond) gemiddeld 13 adviesvragen geteld, 5 consultatiebezoeken, 1 toeleiding naar FACT en 3 toeleidingen naar het wijkteam. De samenwerkingspartners concluderen dat de samenwerking goed tot stand is gekomen. In de praktijk signaleerde men weinig knelpunten in de regievoering en privacykwesties. Het is niet voorgekomen dat cliënten geen toestemming gaven voor informatie-uitwisseling. De aanwezigheid van de contactpersoon FACT in het sociaal wijkteam resulteerde in een stijging van advies- en consultatievragen. Dit heeft niet geleid tot een toename van het in FACT-zorg nemen van de desbetreffende cliënten.
Bij de start van de pilot was er geen gelegenheid geweest voor deskundigheidsbevordering (klinische lessen) van FACT aan de wijkteams. De gedachte was dat de kennis werkendeweg in het onderling contact kon worden overgedragen. De sociaal werkers gaven echter aan meer deskundigheid nodig te hebben. Om te kunnen beoordelen of FACT moest worden geraadpleegd, hadden zij meer kennis nodig over middelengebruik en psychiatrische problemen en de behandelmogelijkheden van GGZ en verslavingszorg. Er worden daarom voorlichtingsbijeenkomsten voorbereid en georganiseerd.

Betekenis van het sociale wijkteam voor EPA-cliënten
Er is een vrij intensieve samenwerking tussen het wijkteam en de FACT-werkers met aparte aandachtsfunctionarissen. FACT- en wijkteams weten elkaar lokaal goed te vinden waardoor de zorg gemakkelijker kan worden op- of afgeschaald. De wijkteams – en dat geldt zeker voor de vroegere frontlijnteams – werken vraaggericht en spelen snel in op problemen die zich voordoen. Vanuit de GGZ wordt aangegeven dat de kennis over zorg voor mensen met EPA bij de gemeenten op ambtelijk niveau gering is. Door de samenwerking tussen FACT en wijkteams is dit in de praktijk geen ernstig beletsel. De FACT-teams lijken wel belemmerd te worden door beperkte financieringsmogelijkheden voor cliënten die nog geen indicatie hebben. Dit is van invloed op de inzet die gepleegd kan worden vanuit de GGZ.

Kritische succesfactoren
In Leeuwarden is er in de basis een goede structuur voor samenwerking tussen wijkteams en FACT-teams. De wijkteams lijken goed op orde en hebben heldere doelstellingen met betrekking tot de zorg voor cliënten met psychische problemen. De FACT-teams zijn eveneens goed uitgerold over de regio en goed ingebed in de regionale zorg. Een kritische factor is dat de FACT-teams naar mening van Amaryllis sterker op de wijk georiënteerd zouden moeten zijn en minder op afstand. Ook is het belangrijk

dat de FACT-teams vrijer kunnen opereren zodat de zorg gemakkelijker geïntensiveerd dan wel afgeschaald kan worden. De zorgverzekeraar zou meer ruimte moeten bieden. Het is eveneens belangrijk dat de GGZ cliënten sneller toeleidt naar het sociale wijkteam zodat er gezamenlijk inspanningen gepleegd kunnen worden om cliënten meer in staat te stellen deel te nemen aan activiteiten in de buurt. Werk en activering zijn belangrijke aandachtsgebieden van het wijkteam. Juist daar valt wellicht de meeste winst te behalen voor GGZ-cliënten om zo de sociale inclusie te versterken en de-stigmatisering te verminderen.

3.6 Doetinchem

Context

Buurtplein is de gemeentelijke organisatie in Doetinchem voor de uitvoering van de taken van het sociale domein in de wijk. In september 2012 zijn er twee wijkteams in Doetinchem opgericht, inmiddels hebben alle wijken een wijkteam, zeven in totaal. De teams werken vanuit bestaande wijkservicecentra. Ook in andere gemeenten van Oost-Gelderland zijn in het kader van het wijkgericht werken wijkteams opgericht. Buurtplein in Doetinchem is een nieuwe organisatie waar buurtcoaches in wijkteams werken. De buurtcoaches zijn generalist met een eigen expertise en afkomstig van MEE, BJZ, GGZ en verslavingszorg, financiële dienstverlening, et cetera. (De consulenten van het WMO-loket maken geen deel uit van de teams). De woningcorporaties en politie zijn nauw bij de teams betrokken. Bij de start volgden de medewerkers - de buurtcoaches - de training Wraparound Care[1]. Ook is de post HBO-opleiding tot buurtcoach door de meeste buurtcoaches gevolgd. GGNet is de grootste GGZ-organisatie in de regio en heeft in Doetinchem een aantal FACT-teams.

Doel

De wijkteams bieden ondersteuning in brede zin, dichtbij huis. De buurtcoaches samen vormen een team dat veel ervaring heeft met het oplossen van problemen op het gebied van wonen, zorg, financiën, werk en opvoeding. Maar ook wordt ondersteuning geboden bij het samenleven in buurten en ontmoeting (www.buurtpleinbv.nl). De buurtcoaches komen met hun eigen deskundige achtergrond naar het team, maar werken als generalist.

Doelgroep

Het wijkteam stelt zich open voor mensen met allerlei vragen en voorkomende problemen en is in die zin generalistisch van opzet. De gemeente heeft een apart budget beschikbaar gesteld voor hulpvragen van mensen met (ernstige) psychische problemen zodat er zo nodig consultatie ingeroepen kan worden bij de GGZ. Het kan ook gaan om hulpvragen op het vlak van verslaving en OGGZ. Hiervoor kan een beroep worden gedaan op de FACT-teams van GGNet.

Samenwerking met FACT

Het FACT-team in Doetinchem neemt geen deel aan de zeven wijkteams. Dat is een bewuste keuze vanwege het generalistische karakter van de wijkteams. Aanvankelijk was er een vrij grote afstand tussen FACT en de wijkteams. Pas gaandeweg is er meer verbinding en samenwerking ontstaan. Het FACT-team heeft in 2015 scholingsbijeenkomsten verzorgd voor sociaal raadsleden en buurtcoaches. In de cursus is uitleg gegeven over hoe de GGZ georganiseerd is en hoe de toegang geregeld is: welke vragen horen thuis bij de huisarts, wat kan de POH-GGZ betekenen, wanneer komt de specialistische GGZ in beeld en wat doet het FACT-team? Ook werd aan de hand van casuïstiek ingegaan op het herkennen van psychiatrische ziektebeelden, zoals een psychose, en het omgaan daarmee. De cursus heeft bijgedragen aan betere bekendheid met de FACT-werkwijze en de mensen erachter. Dit neemt drempels weg om contact op te nemen, zo werd gesteld.

---

[1] Het Wraparound Care-model is ‘een model waarin een aantal inhoudelijke uitgangspunten vertaald wordt in een werkwijze die flexibel en op maat kan worden ingevuld. In het model staat de eigen kracht van het gezin centraal.’ www.onderzoek.hu.nl

Betekenis van de buurtteams voor mensen met EPA

De wijkteams en de buurtcoaches hebben een zichtbare functie in de wijken waar zij werkzaam zijn. Zij vervullen een belangrijke rol in het brede maatschappelijke domein en zijn goed ingebed in de wijk. Het is in dat opzicht vanzelfsprekend en een positief signaal dat zij ook te maken hebben met mensen met psychische problemen. Samenwerking met de GGZ is daarbij belangrijk en wordt naar verwachting steeds belangrijker. Ook hebben de teams goede verbindingen met allerlei instanties en de buurtcoaches zijn breed georiënteerd. Ze hebben daarin een voorsprong op de FACT-teams en kunnen dus van betekenis zijn om mensen met EPA te helpen om hun netwerk te verbreden en de weg te zoeken naar werk, dagbesteding, etc. In hoeverre deze doelstelling goed uit de verf komt voor de specifieke EPA-doelgroep is nog lastig aan te geven, daarvoor zijn de ontwikkelingen te pril. Onderstaand belichten we een aantal punten dat opviel in Doetinchem.

Bijzonderheden

Opvallend is dat er aanvankelijk een grote afstand was tussen de GGZ en de wijkteams. De werkwijze van FACT was vrij onbekend en er waren weinig onderlinge contacten. Dit werd van beide kanten als een gemis ervaren. Naar aanleiding van bovengenoemde scholingsbijeenkomsten werden er contacten gelegd waardoor veel onnodige koudwatervrees en verkeerde beeldvorming over en weer voor een belangrijk deel wegvielen. Tevens is een beter begrip ontstaan van elkaars werkzaamheden, hebben de buurtcoaches beter zicht op de consultatiemogelijkheden bij de GGZ en weten zij de FACT-teams beter te vinden. Naar verwachting zet deze ontwikkeling zich verder door en zal het wijkteam sneller en vaker om consultatie vragen. Dit wordt beschouwd als positief omdat er zo beter gebruik kan worden gemaakt van elkaars deskundigheid. Naar aanleiding van de training zijn er voor elk wijkteam twee contactpersonen van GGNet benoemd. Zij maken afspraken met de teams over bereikbaarheid, samenwerking in casuïstiek en consultatie en advies. Zowel wijkteams als FACT-teams zoeken nog naar goede onderlinge verhoudingen en erkenning en waardering voor elkaars werkzaamheden zodat de toekomstige samenwerking (coproductie) vanzelfsprekender wordt voor mensen met EPA. Het idee daarbij is dat wijkteams een belangrijke rol vervullen op het vlak van participatie, de FACT-teams bieden consultatie en springen tijdig in.

Verbeterpunten

De huidige buurteams zijn nog erg in ontwikkeling. GGNet heeft een beperkt budget om consultatie vanuit de GGZ in te zetten (100 uur op jaarbasis, overeengekomen met de gemeente). Alhoewel groeiende is er nog geen vanzelfsprekende verbinding tussen beide teams. Indien nodig worden er ad hoc noodverbanden gelegd om cliënten met ernstige psychische problemen beter van dienst te kunnen zijn. De buurtcoaches 'stutten en steunen' waar mogelijk mensen met psychische problematiek maar komen onvoldoende toe aan het leggen van verbindingen met het bredere steunsysteem of het inzetten op sociale participatie. FACT-teams komen hier vaak evenmin voldoende aan toe. Om dit optimaler uit de verf te laten komen is een goede samenwerking tussen FACT en wijkteam van belang. Voorwaarde daarbij is dat er dan daadwerkelijk geïnvesteerd dient te worden in persoonlijke steunsystemen. Bij een veelheid aan taken en opdrachten – dit is vaak de realiteit voor beide type teams - worden dikwijls andere prioriteiten gesteld en staat het bevorderen van de sociale participatie niet bovenaan. Tegelijkertijd is het belangrijk om bij het opzetten van maatschappelijke steunstructuren en het ondersteunen van persoonlijke steunstructuren de krachten te bundelen.

Een ander genoemd aandachtspunt betreft de privacy van GGZ-cliënten. Volgens de wijkteams is het prettig als de informatie-uitwisseling soepeler tot stand kan komen. Zo ook zouden de financieringsstromen beter op elkaar moeten aansluiten. In het huidige systeem worden de 'hokjes' in stand gehouden. Om beter en intensiever samen te kunnen werken zijn flexibele regelsystemen aangewezen. Het is belangrijk dat de professionals van beide teams bewegingsruimte hebben om samen op te trekken en elkaar te consulteren, zonder dwingende verantwoordingssystemen en detailsturing door bijvoorbeeld protocollen, zo werd opgemerkt.

Kritische succesfactoren
Vanuit het perspectief van mensen met EPA is het vooral van belang dat buurtcoaches en FACT-medewerkers de mogelijkheid benutten om goed samen te overleggen en waar nodig op te trekken om deze cliënten niet alleen de juiste zorg te bieden maar ook de benodigde ondersteuning om zelf hun leven weer op te pakken en te kunnen participeren in de samenleving, op hun eigen manier.

3.7 Kanaleneiland Zuid - Utrecht

Context

In Utrecht zijn er 18 buurtteams. Buurtteamorganisatie Sociaal (onderdeel van Incluzio) is verantwoordelijk voor de basiszorg aan volwassenen en Lokalis voor Jeugd en Gezin. Beide worden gefinancierd door de gemeente. In veel gevallen zijn de teams voor volwassenen en jeugd in hetzelfde gebouw gehuisvest. Er is dan één voordeur en de lijnen zijn kort. De teamleiders worden buurtondernemers genoemd en zij geven leiding aan zogenoemde buurtteammedewerkers. De buurtondernemers moeten midden in de buurt staan, de mensen kennen en voor samenhang in de wijk zorgen. Op die manier kan de buurtondernemer het makkelijker maken voor de teamleden om de buurt goed ‘te bedienen’. In Utrecht stad zijn er verschillende organisaties die zich richten op ggz-cliënten: Lister (beschermd en begeleid wonen), Altrecht GGZ en Victas (verslavingszorg).

Het buurtteam Kanaleneiland Zuid is in 2014 gestart als een van de zes pilotteams in Utrecht en bestaat al langere tijd. Het team heeft een diverse samenstelling waaronder drie medewerkers van Lister. Er werken naast de leidinggevende elf buurtteammedewerkers, waaronder één sociaal juridisch dienstverlener als specialist voor het team. De overige medewerkers hebben een generalistische taakstelling maar ieder heeft één of twee eigen aandachtsgebieden, bijvoorbeeld financiën, WMO, verslaving, OGGZ, GGZ, etc. Het team is goed bekend in de buurt en heeft dagelijks veel aanloop. Gemiddeld komen er dagelijks ruim 25 mensen op afspraak bij het buurtteam dat in het voormalig wijkservicecentrum zit, daarnaast komen er dagelijks ongeveer 10 tot 15 personen aan de balie met korte vragen. Op maandag is er een ‘digitale inloop’ en kunnen buurtbewoners er terecht met vragen over digitale formulieren en krijgen zij uitleg over hoe zij een volgende keer zelf het een en ander kunnen oppakken.

Doel

Het buurtteam heeft een brede taakstelling en ondersteunt waar nodig. Zij willen mensen helpen om zélf hun leven op de rit te krijgen en regie te houden. Indien er naast de hulp van het buurtteam nog andere zorg nodig is, wordt verwezen naar andere organisaties. Uitgangspunt is dat er eerst wordt gekeken naar wat mensen zelf kunnen doen, waar mensen uit hun omgeving bij kunnen helpen en als dat ontoereikend is, waarbij professionele hulp nodig is. Enerzijds richt het team zich op het terrein van het sociaal maatschappelijk werk (vooral kortdurende dienstverlening), anderzijds wordt gerichte ondersteuning geboden aan ouderen, migranten, mensen met psychische problemen, niet aangeboren hersenletsel, licht verstandelijk beperkingen, verslavingsproblemen, etc. Het bieden van zorg staat hierbij voorop en waar nodig voor langere tijd, dit in tegenstelling tot wat landelijk gebruikelijk is. De toegang tot aanvullende zorg en maatwerkvoorzieningen gebeurt aan de hand van een gesprek met de klant. Op basis van het gesprek wordt afgewogen of mensen moeten worden doorverwezen naar de specialistische zorg. De buurteammedewerkers werken outreachend en komen bij mensen thuis.

Doelgroep

Het Buurtteam Kanaleneiland-Zuid profileert zich als team voor iedereen die woont in de buurt. Buurtbewoners kunnen er terecht met allerlei uiteenlopende vragen: over schulden, huisvesting, werk en arbeidsparticipatie, administratieve vragen, eenzaamheid, opvoedingsvragen, huiselijk geweld en/of-

overlast. Veel vragen komen van mensen met schuldenproblematiek, psychosociale problemen en psychische problemen. Ook is er veel verborgen psychisch leed, al dan niet in combinatie met (verborgen) verslavingsproblemen. Dit laatste speelt vaak onder de Marokkaanse gemeenschap, zo vernamen wij.

Samenwerking met de GGZ
Het team werkt vooral samen met Lister (beschermd en begeleid wonen). De lijnen zijn kort, mogelijk mede doordat er drie medewerkers die eerst bij Lister werkten, nu in het buurtteam werken. Slechts incidenteel heeft het buurtteam met FACT (Altrecht GGZ) te maken, bijvoorbeeld als er bemoeizorg nodig is of als iemand na een opname weer thuis komt en er een gezamenlijke inzet nodig is van FACT en het Buurtteam. De samenwerking met de verslavingszorg is gering. Er zijn gesprekken gaande om dat te intensiveren.

De samenwerking met de praktijkondersteuners van de huisarts (POH-GGZ) verschilt per buurtteam. Men constateert veel verschil in kennis en kunde van de praktijkondersteuners. Sommigen hebben nauwelijks zicht op de problemen in de wijk, anderen juist wel en weten daar goed op in te spelen en houden rekening met de kenmerken van de buurtbewoners. Wijkteam en POH-GGZ verwijzen over en weer naar elkaar. De POH-GGZ kan vijf consulten bieden aan mensen met psychische problemen. Indien aangewezen kunnen cliënten naderhand doorverwezen worden naar het buurtteam. De praktijkondersteuner kan ook consultatie en deskundigheidsbevordering bieden aan de medewerkers. Een voorbeeld hiervan is een cursus over het herkennen van een depressie.

Bijzonderheden
De buurtteams in Utrecht hebben een nadrukkelijke zorgtaak en onderscheiden zich in dat opzicht van veel andere sociaal wijkteams. Waar voorheen veel GGZ-cliënten hulp kregen vanuit Lister, is inmiddels een grote groep overgedragen aan de buurtteams (vooral mensen met een zorgzwaarteklasse 1 of 2, soms 3). In geval deze overdracht niet succesvol verloopt, wordt er ‘teruggeschakeld’ en komt de cliënt opnieuw (tijdelijk dan wel voor een langere periode) in zorg bij Lister. Geprobeerd wordt om deze overgangen zo soepel mogelijk te laten lopen. De buurtteammedewerkers bieden ook woonbegeleiding aan cliënten die daarnaast in zorg zijn bij een van de FACT-teams. Onderstaand gaan we in op een aantal bijzonderheden opgetekend bij het Buurtteam Kanaleneiland Zuid.

Samenwerking voor mensen met EPA
Als we inzoomen op de zorg voor mensen met (ernstige) psychische problemen, dan werken de teams van Lister en het buurtteam in elkaars verlengde. De samenwerking verloopt vrij gemakkelijk en over en weer weten de medewerkers elkaar te vinden, zo werd opgemerkt. Lister behoort tot een van de kernpartners van het buurtteam, naast de Tussenvoorziening (maatschappelijke opvang) en – zij het op meer afstand - het FACT-team van Altrecht. Opvallend is dat de FACT-medewerkers in mindere mate contact opnemen met het buurtteam. Wellicht komt dit doordat men elkaar (nog) onvoldoende ontmoet en op de hoogte is van de mogelijkheden vanuit het buurtteam. Op het moment dat er een bepaalde infrastructuur aanwezig is, bijvoorbeeld het frontoffice-overleg OGGZ[1] waar zowel het buurtteam als FACT aan deelnemen, blijkt dat men elkaar makkelijker weet te vinden voor overleg en samenwerking. Het lijkt een kwestie van tijd én inzet om de contacten te versterken en doelmatiger in

---

[1] In het frontoffice-overleg voeren de samenwerkingspartners overleg over de aangewezen zorgtoeleiding en zorgprogramma’s voor cliënten met complexe problemen.

te zetten. Het gaat dan om consultatie maar ook om het flexibel opplussen of afschalen van zorg waarbij de zorg kan worden overgedragen aan de andere partner. Daarvoor moet er over en weer voldoende vertrouwen zijn.

Activering en inzet ervaringsdeskundigheid

Het buurteam is eveneens gericht op activering van buurtbewoners en zoekt daarbij de samenwerking met het sociaal cultureel werk. Inzet is om de eigen inzet van buurtbewoners te versterken (empowerment) en hen zelf activiteiten te laten opzetten. Een voorbeeld is een sollicitatiegroep, gerund door vrijwilligers. Ook vanuit het welzijnswerk nieuwe stijl is er een sterkere gerichtheid op de eigen kracht van buurtbewoners. Het buurtteam heeft een ervaringsdeskundige (HBO-opleiding) die werkzaam is als generalist met een GGZ-achtergrond. Op den duur is er meer inzet van ervaringsdeskundigen of ervaringscoaches gewenst, bijvoorbeeld op het vlak van armoede en multiculturele vragen (leven tussen verschillende culturen) maar ook voor mensen met psychische problemen (herstel, empowerment en versterken ervaringsdeskundigheid). Buurtteamorganisatie Sociaal stimuleert buurtactiviteiten. Geïnspireerd door Enik (Recovery College in Utrecht) wordt nagedacht over een buurtacademie of een buurtuniversiteit waar buurtbewoners terecht kunnen om zelf activiteiten te ondernemen. Ervaringsdeskundigen verdienen daar een goede rol. Ook zijn er prille ideeën om daarvanuit sociale firma's op te zetten, naar voorbeelden in Schiedam en Rotterdam waar Incluzio (de organisatie achter Buurtteamorganisatie Sociaal) eveneens werkzaam is. In potentie kan dit goede mogelijkheden bieden voor mensen met psychische aandoeningen die op zoek zijn naar (participatie)mogelijkheden die goed bij hun wensen aansluiten. Samenwerking tussen GGZ en de buurtteams is daarbij belangrijk zodat vanuit een integrale benadering samen met buurtbewoners/cliënten gekeken wordt wat goed bij aansluit (behandeling, begeleiding en participatie) en welke ondersteuning daarbij past.

Knelpunten en kritische succesfactoren

Het buurtteam heeft een zorgtaak en wordt betrekkelijk vaak geconfronteerd met mensen met complexe psychische problemen, dikwijls in combinatie met verslaving. In die gevallen zou het buurtteam snel willen overleggen en schakelen met de verslavingszorg en de GGZ. Het huidige probleem is dat de medewerkers vanuit de verslavingszorg niet outreachend werken voor cliënten die ingeschreven zijn bij het buurtteam. Dit wordt als een ernstig gemis ervaren. De buurtteammedewerkers ervaren eveneens schotten tussen FACT en buurtteam en merken op dat het FACT-team het buurtteam nog onvoldoende weet te vinden. Tegelijkertijd wordt opgemerkt dat de samenwerking met de GGZ in het algemeen inmiddels goed op gang is gekomen, ook al zijn er verbeteringen te treffen. Er moet bijvoorbeeld een goede infrastructuur komen bij dreigende crisissituaties: wat is aangewezen en wie moet er handelen en tussen welke instanties moet er geschakeld worden? Ook bij een dreigende huisuitzetting en overlast of dreiging moet voor alle partijen duidelijk zijn hoe er gehandeld dient te worden. Er mogen geen hiaten vallen en evenmin mag de situatie ontstaan dat alle organisaties zich gelijktijdig zonder overleg in een bepaalde situatie mengen. Voor de nabije toekomst is het zaak om de samenwerking met huisartsen en praktijkondersteuners GGZ te versterken, zo wordt onder de aandacht gebracht door geïnterviewde. Idem met de verslavingszorg en de GGZ (met name Victas en de specialistische GGZ /FACT). Het is belangrijk dat zorg- en dienstverleners een goed beeld hebben van wat er speelt in de wijk en met elkaar bespreken hoe daar gezamenlijk (en ook preventief) op ingespeeld kan worden,

zo wordt benadrukt. De GGZ / verslavingszorg zou in het algemeen veel sterker georiënteerd moeten zijn op de wijk, de problemen die daar spelen maar ook de mogelijkheden die er zijn om sociale inclusie te bevorderen. De buurtteams kunnen hier samen met andere partners het voortouw in nemen om gezamenlijk een integraal gezondheidsbeleid te voeren met nadrukkelijk oog voor de psychische gezondheid. Er worden stappen gezet. Zo heeft Victas inmiddels plannen om met wijkambassadeurs te gaan werken die meer in de wijk en in samenwerking met de buurtteams opereren.

3.8 Evaluatie van de praktijkvoorbeelden en voorhoedeprojecten

Hierboven zijn zes praktijkvoorbeelden van samenwerking tussen sociale wijkteams en FACT-teams beschreven. Veel van de samenwerkingsverbanden zijn nog in ontwikkeling waardoor het mogelijk nog te vroeg is om over de volle breedte te spreken van voorhoedepraktijken. Het zijn in ieder geval wel praktijken waar expliciet aandacht is voor de genoemde samenwerking en al diverse stappen zijn genomen om samenwerking te bevorderen. In dit hoofdstuk maken we de balans op aan de hand van een aantal thema's. Dit is met nadruk een momentopname. Evenwel proberen we op basis van de eerste bevindingen een aantal voorlopige conclusies te trekken. Daarbij maken wij ook gebruik van bevindingen uit literatuur en interviews met professionals van buiten de praktijkvoorbeelden.

Bevorderende en belemmerende factoren van samenwerking
Ingaand op de samenwerking tussen wijkteams en FACT-teams stellen we vast dat er een grote verscheidenheid is. Op sommige plekken is er nog nauwelijks sprake van samenwerking en is men nog zoekende naar goede verhoudingen. In dergelijke regio's kan de samenwerking van locatie tot locatie sterk wisselen, afhankelijk van de persoonlijke verhoudingen en 'persoonlijke klik'. Op andere plaatsen is er een begin van samenwerking maar is er ook nog vertrouwen te winnen om de bestaande afstand te overbruggen en op weer een andere plaats is er sprake van een sterke, structurele samenwerking. Waar de samenwerking nog niet frequent en sterk is, lijkt dit te maken te hebben met onbekendheid over en weer; de teams weten onvoldoende wat zij voor elkaar kunnen betekenen en waar zij elkaar kunnen aanvullen. Hierbij viel op dat de sociale wijkteams soms veel afstandelijkheid ervaren bij de GGZ. Het geluid is dan dat de GGZ 'te weinig thuis geeft' en te weinig bereidheid toont om snel op (crisis)situaties in te springen. FACT-teams werken outreachend voor hun eigen cliënten, maar niet naar ketenpartners, zo werd opgemerkt. De financiële kaders waar FACT-teams mee te maken hebben, zijn daarvoor momenteel vaak ontoereikend, volgens geïnterviewden. Er is een hoge productiedruk en genoemd werd dat FACT-teams zonder WMO-financiering geen structurele mogelijkheid zien om outreachend te werken voor cliënten die niet zijn ingeschreven of waarvoor geen diagnose is (geen mogelijkheid om een DBC te openen).

Alle wijkteams gaven aan dat zij hechten aan goede consultatiemogelijkheden bij de GGZ, via de POH, het FACT-team of anderszins. Ook zien zij graag dat ze voor desbetreffende zaken terecht kunnen voor consultatie en ondersteuning bij de verslavingszorg. In de studie zagen we dat deze consultatiefunctie nog vooral op ad hoc basis verleend wordt. Er zijn andere voorbeelden bekend, bijvoorbeeld in Nijmegen, waar een POH-GGZ op structurele basis voor een (beperkt) aantal uur per week verbonden is aan een wijkteam. Evenwel wees de studie ook verdergaande voorbeelden van samenwerking uit. Zowel in Leeuwarden als in Den Haag is bijvoorbeeld een medewerker van het FACT-team voor een aantal uren per week werkzaam in het wijkteam. Het prettige van deze samenwerkingsvorm is dat de lijnen erg kort zijn en dat er snel advies kan worden ingewonnen, dat medewerkers zo nodig in duo's op huisbezoek kunnen gaan en dat men gemakkelijker gebruik kan maken van elkaars kennis en ervaring. In Den Haag zagen we dat de FACT-medewerkers voor een aantal uren per week inzetbaar zijn in het wijkteam. Zij kunnen dan aanwezig zijn bij de teambesprekingen en waar nodig én mogelijk bijspringen. Ondanks het beperkt aantal uren ervaren de medewerkers van het wijkteam de samenwerking als nuttig. Vooral de mogelijkheid om snel advies in te winnen en zo nodig in duo's op te kunnen trekken, wordt gewaardeerd door de sociale wijkteams.

Over het algemeen geldt dat de wijkteams een ‘model’ voorstaan waarbij zij snel een beroep kunnen doen op de inzet van de GGZ; voor overleg en raadpleging, consultatieve huisbezoeken tezamen, en om snel door te kunnen verwijzen waar nodig (zorg opschalen en continuïteit van zorg bieden). Ook werd een aantal keer gewezen op het belang van deskundigheidsbevordering, bijvoorbeeld voor het herkennen van psychische ziektebeelden en het omgaan met verslaving. In Doetinchem is vorig jaar een start gemaakt met deskundigheidsbevordering vanuit het FACT-team aan het wijkteam. Dit werd aan beide kanten gewaardeerd en heeft als gunstig gevolg dat de samenwerking makkelijker verloopt doordat men elkaar beter kent en sneller weet te vinden. In principe zijn de FACT-teams bereid om deze consultatiefunctie te vervullen maar de praktijk wijst uit dat het gemakkelijker kan werken als een GGZ-medewerker daadwerkelijk aan het wijkteam verbonden is. “Je hoeft dan niet telkens te verantwoorden of te beargumenteren waarom je graag de deskundigheid van de GGZ in wilt schakelen”, zo is het algehele gevoel dat verwoord werd. Een alternatieve oplossing is dat FACT en sociaal wijkteam in hetzelfde gebouw gehuisvest zijn; ook dan komt samenwerking gemakkelijker tot stand.
Aan de kant van de GGZ werd opgemerkt dat de huidige structuren en de werkdruk belemmerend kunnen werken om snel inzetbaar te zijn voor andere teams. Met andere woorden: de productie gaat voor. FACT-medewerkers benoemen wel diverse opbrengsten van de samenwerking voor de FACT-cliënten, zoals meer mogelijkheden tot ondersteuning van het systeem, de kennis van de wijk die ingezet kan worden, en gemakkelijker afschalen van zorg. En indien een sociaal wijkteam ook indicaties verstrekt voor maatwerkvoorzieningen, verloopt dit bij goede samenwerking ook efficiënter, zo luidt het. Medewerkers vanuit de GGZ geven aan dat zij meer vrije regelruimte willen hebben om flexibeler inzetbaar te zijn en te kunnen samenwerken. Dit laatste is een belangrijk aandachtspunt voor de (toekomstige) samenwerking.

Samenvattend zijn de volgende concrete bevorderende factoren van samenwerking tussen sociale wijkteams en FACT-teams benoemd:

- Informatiebijeenkomsten organiseren om elkaar wegwijs te maken in de verschillende werkdomeinen en te verduidelijken wat men voor elkaar kan betekenen;
- Gezamenlijke besprekingen over de gewenste samenwerking;
- Deelnemen aan elkaars werkoverleg;
- Snelle en toegankelijke consultatiemogelijkheden;
- Afspraken maken over privacy;
- Elkaar bijscholen vanuit de eigen expertise;
- Samen op huisbezoek (kunnen) gaan;
- Werken met vaste contactpersonen.

In de basis gaat het om een open houding, medewerkers die de waarde van elkaars kennis en expertise (willen) zien, en de overtuiging dat de samenwerking resultaten oplevert voor de cliënt. Gezamenlijke visieontwikkeling op het wijkgericht en cliëntgericht werken, is hierbij behulpzaam.

Uit de analyse van de interviews kwamen meerdere thema’s naar voren die een rol spelen bij de samenwerking tussen de sociale wijkteams en FACT-teams. Deze thema’s worden hieronder belicht.

Cultuuromslag en basishouding

De GGZ-medewerkers die werkzaam zijn in een sociaal wijkteam en bevraagd werden op de verschillen tussen wijkteam en GGZ-team, geven als belangrijk verschil aan dat de wijkteams praktischer en minder methodisch te werk gaan. De wijkteams werken vraaggericht en oplossingsgericht en 'steken de handen uit de mouwen'. Er is veel pioniersgeest aanwezig en de bereidheid is groot om op allerlei vragen in te gaan. Medewerkers werken domeinoverstijgend en laten zich niet leiden of beperken door diagnoses of procedures maar nemen in principe een open houding aan. Voor medewerkers die zijn opgeleid in de GGZ is dit een betrekkelijk groot cultuurverschil. Problemen die zich voordoen worden door hen vooral geplaatst in het licht van de psychische problematiek, zo luidt het. De keerzijde die we optekenen is dat GGZ-medewerkers soms ervaren dat de wijkteams gedreven, maar ongehinderd door kennis inspringen op situaties waar al langer lopende contacten zijn. Dit kan ook een averechts effect hebben.

Een ander verschil is dat de wijkteams sterker zijn ingebed in de wijk. Vooral de teams die al langer bestaan en gehuisvest zijn in wijkservicecentra of andere bekende buurtlocaties, genieten veel bekendheid in de buurt en krijgen veel aanloop van wijkbewoners. De medewerkers van deze teams kennen de vaste klanten, zijn goed op de hoogte van de kenmerken van de buurt en stemmen hun activiteiten hierop af voor zover mogelijk. In wijken waar bijvoorbeeld veel verslavingsproblemen voorkomen, worden hierop gerichte voorlichtingsactiviteiten opgezet. Ook zagen we een voorbeeld van ervaringsdeskundige inzet bij armoedeproblemen of migrantengezinnen met multi-problem. Nog een ander punt is dat de wijkteams minder gericht zijn op de 1-op-1 cliënt/hulpverleningsrelatie maar een sterker appel doen op de betrokkenheid van het gehele cliëntsysteem, dus de naasten en bekenden die mogelijk een rol kunnen vervullen en ondersteunende taken op zich kunnen nemen.

Continuïteit van zorg, ketenzorg en flexibele samenwerkingsverbanden

Mensen die gerekend worden tot de doelgroep met ernstige psychische aandoeningen hebben veel belang bij zorg die flexibel inzetbaar is en gemakkelijk geïntensiveerd dan wel afgeschaald kan worden in intensiteit. De FACT-teams zijn daarvoor bij uitstek geschikt en ook als zodanig georganiseerd. Zij hebben altijd een groep cliënten die tijdelijk intensieve zorg ontvangt (meermalen per week of soms dagelijks) en een groep die stabieler is en waarbij de inspanningen erop gericht zijn om dat evenwicht goed in stand te houden. Dit wisselt voortdurend: er zijn mensen die een terugval of een ernstige crisis doormaken en dan extra zorg en behandeling nodig hebben. Na verloop van tijd hebben zij weer meer evenwicht bereikt en kan de zorg en begeleiding op andere levensgebieden gericht worden. In de meer stabiele perioden kan het wijkteam eventueel aanvullende of vervangende zorg bieden. In Utrecht zagen we dat er vanuit het buurtteam ook voor langere tijd woonzorg kan worden geboden maar dit is landelijk gezien een uitzondering. In Leeuwarden zagen we dat de duur van de begeleiding vanuit het sociale wijkteam begrensd is tot 8 uur per maand gedurende een half jaar. Dit is te vergelijken met kortdurende woonbegeleiding zoals elders in het land ook gebruikelijk is, bijvoorbeeld in de regio Midden Westelijk Utrecht vanuit de RIBW. Daarbij is van belang dat er snel GGZ-expertise ingeschakeld kan worden voor cliënten indien problemen zich verergeren. In Leeuwarden is dit geregeld door vaste contactpersonen van de FACT-teams die korte lijnen onderhouden met de medewerkers van de sociale wijkteams. In andere regio's is dat niet per definitie het geval (afgaande op cijfers van Movisie uit 2014 heeft ruim een derde van de wijkteams een GGZ-medewerker in het team, de overige teams dus niet) en zullen goede dwarsverbanden gesloten moeten worden tussen wijkteam en GGZ- of FACT-teams.

De meeste sociale wijkteams bieden maatwerkvoorzieningen die van tijdelijke aard zijn. Voor mensen die tijdelijk extra begeleiding nodig hebben, kan dat goed aansluiten. Voor mensen die gebaat zijn bij permanente woonondersteuning en begeleiding sluit dat minder goed aan. Continuïteit van zorg is voor deze doelgroep erg belangrijk.

De wijkteams hebben natuurlijk ook te maken met cliënten die niet in zorg zijn bij de GGZ en waarbij de psychische problemen mogelijk niet in eerste instantie naar voren springen. Vaak melden zich mensen vanwege schuldenproblemen of met administratieve vragen. Pas in tweede instantie blijkt er meer aan de hand. Bij relatief lichte problemen, bijvoorbeeld vragen rond woonondersteuning omdat iemand het huishouden niet goed op orde kan krijgen, kan het wijkteam daar prima op inspringen. Bij complexere casussen, bijvoorbeeld rond psychiatrie en verslaving, is deskundige inzet beslist gewenst, al was het maar om een goede inschatting te kunnen maken van de problemen en de medewerkers van het wijkteam van advies te voorzien. Zo nodig kan er worden doorverwezen. Opnieuw wijzen we dus op het belang van een goede adviesfunctie vanuit de GGZ voor de wijkteams. Idealiter heeft het wijkteam een aantal vaste contactpersonen vanuit de GGZ en kan een beroep worden gedaan op een flexibel inzetbare schil van medewerkers. Zoals we zagen is dat in verschillende regio's min of meer staande praktijk, in andere regio's moet daar nog meer aandacht voor komen. In overleg met gemeente en zorgverzekeraars zullen hier goede regelingen voor moeten komen.

Privacy
In alle regio's wordt het spanningsveld rondom privacy en het beroepsgeheim benoemd. Voor een deel komt deze spanning voort uit de onbekendheid van de medewerkers van het sociale domein met het beroepsgeheim van de GGZ-medewerkers; het niet willen delen van informatie wordt soms opgevat als onwil terwijl dit te maken heeft met begrenzing door het beroepsgeheim. Maar bekendheid met het beroepsgeheim lost niet alles op. Ook dan is het belangrijk om samen te zoeken naar welke informatie wel en welke niet gedeeld kan worden en waar de grenzen precies liggen, aldus de geïnterviewden. Een oplossing is dan ook niet direct voorhanden. Blijven praten met elkaar over dit thema is in ieder geval belangrijk. Of zoals een geïnterviewde het benoemde, 'privacy mag een komma zijn maar nooit een punt'. Oftewel: het is belangrijk om met elkaar in gesprek te gaan en dan weloverwogen beslissingen te nemen. Privacy en beroepsgeheim mogen daarbij niet worden aangewend om op voorhand het gesprek af te houden.

Participatie en herstel
Afgezien van de maatwerkvoorzieningen die geboden (en/of geïndiceerd) kunnen worden door de wijkteams, zetten zij ook in op collectieve voorzieningen gericht op buurtactiviteiten, ontmoetingsmogelijkheden en participatie (en tegenprestatie). De focus is gericht op de buurt, laagdrempeligheid en dikwijls op zelforganisatie met inzet van vrijwilligers. Zelforganisatie en buurtorganisatie worden gestimuleerd met als doelstelling het versterken van eigen kracht en empowerment. Ofschoon in vrijwel alle beleidsnota's of websites beleidsdoelstellingen en woorden van dergelijke strekking te vinden zijn, is de praktijk weerbarstig en diffuus. In onze interviews werd regelmatig aangegeven dat er op collectief niveau weliswaar (veel) verschillende activiteiten georganiseerd worden maar dat er specifiek voor de EPA-doelgroep hiaten zijn en meer inspanningen gepleegd moeten worden. Dit komt overeen met de bevindingen vanuit het onderzoek van Movisie (2015): slechts een kleine 10% van de teams komt toe aan het vormgeven van goede participatiemogelijkheden. Nemen we in aanmerking dat het on-

derzoek van Movisie niet specifiek gericht was op de GGZ-doelgroep, dan stemt dit bepaald pessimistisch. Het is de vraag in hoeverre dit gegeven in de toekomst zal veranderen. Zonder gerichte inspanningen om mensen met psychische aandoeningen participatiemogelijkheden te bieden die goed aansluiten bij wat zij kunnen en willen, zullen participatiedoelstellingen niet goed uit de verf komen. Het is de vraag of deze inspanningen vanuit wijkteams met zeer brede en generieke doelstellingen realistisch zijn en verwacht mogen worden. Goed beschouwd is het aandeel van cliënten met ernstige psychische aandoeningen (EPA) op het totaal aantal cliënten van de sociale wijkteams zeer beperkt en gaat daar niet de hoogste prioriteit naar uit. Ongeveer 7% van de cliënten die gerekend worden tot de EPA-doelgroep kwam in 2014 in contact met een sociaal wijkteam (Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ, 2015).

Tegelijkertijd zijn er in verschillende regio's hoopvolle cliëntgestuurde initiatieven met ervaringsdeskundige inzet. Bijvoorbeeld kan gewezen worden op de talentenfabriek in Breda (Fameus) en Tilburg (Centrum voor herstel en ontwikkeling). Deze zijn opgezet met ondersteuning vanuit de gemeente, maatschappelijke opvang en GGZ Breburg. In Utrecht is een zogenoemde Recovery College (Enik) met veel cliëntgestuurde activiteiten gericht op meedoen, ontplooiing en eigen herstel. Het is belangrijk dat dergelijke initiatieven goed verbonden worden met de wijk- en buurtteams zodat zij cliënten kunnen attenderen op dergelijke activiteiten. Het buurtteam in Utrecht Kanaleneiland gaf expliciet aan dat dergelijke projecten en initiatieven op lokaal niveau vorm moeten krijgen (niet per se op wijkniveau) zodat rekening kan worden gehouden met specifieke kenmerken van de wijken. In wijken met veel werkloosheid en lage inkomens kunnen bijvoorbeeld ervaringsdeskundigen op dat terrein (werkloosheid en armoede van generatie op generatie) worden ingezet.

Een andere invalshoek is om ervaringsdeskundigen een rol te laten vervullen in wijkteams om voorlichting te geven over empowerment & participatie en persoonlijk herstel. Zij kunnen met teams en buurtbewoners meedenken over het versterken van eigen regie, empowerment en zelfmanagement, zowel op persoonlijk niveau als in de wijk en daar een leidende rol in vervullen bijvoorbeeld als buurtcoach of kwartiermaker. Alle geïnterviewden zien hier mogelijkheden toe, mits goed gefaciliteerd en vanuit een duidelijke visie ingezet. Ook werd het idee geopperd om initiatieven te bedenken voor het opzetten van sociale firma's om de participatiemogelijkheden voor mensen met ernstige psychische problemen te bevorderen. Er zijn op een aantal plaatsen in het land enkele eerste initiatieven maar meestal nog in een verkennend stadium. Dit dient sterker gestimuleerd te worden. Zo ook is het belangrijk om volop in te zetten op het initiëren van maatschappelijke steunstructuren waar mensen met EPA zelf onderdeel van uitmaken (wederkerigheid). In Arnhem is het kwartiermakersproject een mooi voorbeeld hiervan.

4 Slotbeschouwing

De doelstelling van deze studie was het verkennen van praktijkvoorbeelden die aansluiten op de aanbevelingen van het Plan van Aanpak Over de Brug, met daarbij de focus op twee thema's: enerzijds voorhoedepraktijken van samenwerking tussen GGZ en sociaal domein op bestuurlijk niveau (governance) en anderzijds praktijkvoorbeelden op operationeel niveau van samenwerking tussen sociale wijkteams en FACT-teams.
Gaat het om governance, dan valt op dat er in de voorhoederegio's weliswaar veel inspanningen gepleegd worden om gezamenlijk een ontwikkelagenda voor goede zorg voor EPA van de grond te krijgen en te implementeren, maar dat desondanks het gevaar bestaat dat men blijft steken in de papieren fase. Vooral de complexiteit van samenwerken met een groot aantal regionale partijen met deels uiteenlopende belangen en complexe wettelijke kaders en financieringskaders, vormt een obstakel. Zoals we stelden nadert een cruciale fase waarin moet blijken in hoeverre het momentum behouden blijft en sterk genoeg is om te resulteren in substantiële verbeteringen in de organisatie, kwaliteit en effectiviteit van de zorg en ondersteuning in de praktijk.
Richten we ons op het tweede thema dan kan geconstateerd worden dat de samenwerking tussen het sociale domein (de sociale wijkteams in engere zin) en de GGZ (FACT-teams in engere zin) groeiende is en in sommige regio's al steviger staat. Bij het verkennen en identificeren van mogelijke voorhoedepraktijken bleek tegelijkertijd ook dat samenwerking op bestuurlijk dan wel operationeel niveau in sommige van de in eerste instantie gecontacteerde regio's nog niet of nauwelijks van de grond gekomen was. De huidige praktijk is te pril en te weinig op effect onderzocht om al te kunnen spreken van 'best practices'. Dat hoeft geen reden te zijn voor pessimisme, maar is tekenend voor de huidige pioniersfase in de sturing en organisatie van de zorg.

Voor wat betreft de regie op beleids- en bestuurlijk niveau pleit 'Over de brug' voor een regionale regiegroep, specifiek gericht op de gezamenlijke beleidsontwikkeling rond de ondersteuning van mensen met ernstige psychische aandoeningen en in ieder geval bestaande uit de gemeente, zorgverzekeraars, instellingen en cliëntenorganisaties. In onze zoektocht naar bestuurlijke initiatieven bleek dat in een aantal gemeenten / regio's inderdaad een dergelijke regiegroep is ingesteld, maar ook dat een meerderheid van de gemeenten vooralsnog geen plannen in die richting heeft. In veel gemeenten bestaan wel beleidsmatige en bestuurlijke overlegstructuren in de volle breedte van zorg en welzijn. In hoeverre daarin de ondersteuning aan mensen met een psychische kwetsbaarheid ook expliciet aan bod komt, is niet duidelijk (Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ, 2015).
We verwachten dat het beeld dat we in deze rapportage optekenden, de komende jaren sterk aan verandering onderhevig zal zijn. Via diverse regionale proeftuinen en landelijke initiatieven (zoals 'Nieuwe GGZ' en 'Herstel voor Iedereen') worden integrale oplossingen om het herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen te bevorderen met aandacht voor de inhoud, financiering en organisatie van de zorg en ondersteuning bepleit en voorbereid. Deze gaan de komende jaren van de tekentafel naar de praktijk.

'Over de brug' pleit voor samenwerking tussen FACT en sociale wijkteams. De vraag is natuurlijk of sociale wijkteams en FACT-teams zich bereid tonen om samen nieuwe wegen in te slaan naar herstel voor mensen met ernstige psychische aandoeningen. Deze eerste verkenning staat het niet toe om

hierover stellige uitspraken te kunnen doen. Uit de interviews spreekt voldoende bereidheid om samen te werken. Op plekken waar er samenwerking tot stand komt, weet men elkaar op lokaal niveau veel beter te vinden en lijken cliënten daarvan te profiteren.

De sociale wijkteams hebben landelijk gezien een generieke taakstelling en het merendeel voert geen specifiek doelgroepenbeleid. Zij zijn toegankelijk voor een brede doelgroep en stellen zich tot doel om antwoorden te vinden op diverse vragen, mits deze niet al te complex van aard zijn of thuishoren in de specialistische zorg. Dit beeld zagen we terug in de beschreven voorbeelden. Deze brede insteek wordt door de sociale wijkteams positief beoordeeld omdat mensen ongeacht hun specifieke vragen terecht kunnen bij de sociale wijkteams (of aan de wijkteams gelieerde servicepunten), ook met meervoudige problemen (bijvoorbeeld schulden, opvoedingsproblemen en lichte woonondersteuning). Cliënten vinden het plezierig dat zij niet telkens naar een andere instantie verwezen worden, zo werd aangegeven door medewerkers van de wijkteams. De toegankelijkheid en laagdrempeligheid van de wijkteams is een sterk pluspunt. De vraag is uiteraard of dit in de toekomst houdbaar zal blijven. De teams krijgen erg veel verschillende taken op zich af, op het gebied van participatie, werk en inkomen, WMO-vragen, het algemeen maatschappelijk werk, welzijn en zorg. Om goed en deskundig antwoord te kunnen bieden op al deze vragen, kan het aangewezen zijn om een zekere differentiatie aan te brengen in de aandachtsgebieden van de teamleden, zoals we al zagen in het buurtteam in Utrecht. Om goed in te kunnen spelen op vragen van cliënten met psychische problemen (EPA) is het belangrijk dat er medewerkers aan het team verbonden (of aangesloten) zijn met GGZ-deskundigheid, bijvoorbeeld een POH-GGZ, een FACT-medewerker of een woonbegeleider.

Samenwerking tussen FACT en sociale wijkteams kent in theorie en praktijk uiteenlopende modellen. Een voorbeeld dat betrekkelijk weinig samenwerking vergt is als beide integrale zorg en ondersteuning bieden, maar voor verschillende doelgroepen. Het sociale wijkteam opereert generalistisch integraal en verwijst naar specialistische teams (zoals FACT) bij complexe zorg, die op hun beurt ook integrale zorg en ondersteuning bieden of organiseren, maar dan voor een specifieke doelgroep. De samenwerking bestaat er dan vooral uit dat men goed getimed naar elkaar verwijst, in de transitie samen optrekt en beschikbaar is voor consultatie, en bereid is om cliënten zo nodig weer terug te nemen. In het andere uiterste is er op de schaal van een wijk één zorg- en ondersteuningsnetwerk, waarbij er in de dagelijkse uitvoering steeds samengewerkt wordt. Beide modellen bieden in theorie perspectieven op herstelondersteunende zorg.

In de praktijkverkenning signaleerden we een risico dat door het nieuwe samenspel tussen beide teams de in ‘Over de brug’ bepleite herstelondersteuning juist in het gedrang dreigt te komen. FACT gaat zich als gespecialiseerde GGZ meer beperken tot behandeling; maatschappelijke zorg en ondersteuning worden toenemend elders betrokken. Als de cliënt gestabiliseerd is, is het tijd voor verwijzing, zo is de gedachte. Een focus op burgerschap en positieve gezondheid (het vermogen zich aan te passen en eigen regie te voeren, in het licht van de fysieke, emotionele en sociale uitdagingen van het leven) is dan niet goed belegd. Een illustratie is het versterken van de participatiemogelijkheden van mensen met EPA. Wijkteams en FACT-teams kunnen hier beide een rol vervullen. Het heeft er echter veel van weg dat beide onvoldoende prioriteit kunnen geven aan het helpen zoeken naar mogelijkheden die goed aansluiten bij wensen van de cliënt en diens onvervulde levensbehoeften. In een aantal regio’s zien we dat de trajectbegeleiders onttrokken worden aan de FACT-teams en overgaan naar het sociaal domein. Dit kan ten koste gaan van de integrale hulpverlening die FACT beoogt te bieden. Anderzijds

zien we dat de sociale wijkteams op individueel cliëntniveau ook nog te weinig toekomen aan werkzaamheden rond sociale participatie. Het is onduidelijk of dit te maken heeft met de prille start van deze teams dan wel dat er een gemis is aan specifieke deskundigheid op dit vlak. Opbouwwerkers zouden hier een taak in kunnen vervullen. Mogelijk is er ook nog te weinig overleg tussen FACT en sociale wijkteams om gezamenlijk inspanningen te leveren voor de versterking van deelname aan sociale (buurt)activiteiten en het versterken van persoonlijke steunsystemen. Het is in ieder geval van belang om - in geval zowel het FACT-team en het wijkteam in beeld zijn - *samen* met de cliënt een plan te trekken om tegemoet te komen aan wensen op dit leefgebied en afspraken te maken over wie wat kan doen, zonder dit vast te leggen in protocollen. Samenwerking is belangrijk om fragmentatie van de zorg te voorkomen en te voorkomen dat cliënten zich geconfronteerd zien met verschillende hulpverleners die elk een stukje hulp voor hun rekening nemen. En we bepleitten eerder al dat cliëntgestuurde wijkinitiatieven gestimuleerd zouden moeten worden. Dit vergt alle aandacht vanuit beide werkdomeinen en dit is wellicht de belangrijkste brug in de toekomst nog te slaan.

Literatuurlijst

Delespaul, Ph. en de consensusgroep EPA. Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. *Tijdschrift voor psychiatrie*, 55, 2013.

Kenniscentrum Phrenos. *Mensen met ernstige psychische aandoeningen en arbeidsparticipatie.* Utrecht, 2013.

Kenniscentrum Phrenos. *Over de brug. Plan van aanpak voor de behandeling, begeleiding en zorg bij ernstige psychische aandoeningen.* Utrecht, 2014.

Movisie. *Sociale (wijk)teams in vogelvlucht. State of the art najaar 2014*. Utrecht, 2015.

Taskforce EPA Midden-Westelijk Utrecht. *Naar volwaardig burgerschap in de wijk. Aanpak voor mensen met een ernstige psychische aandoening in de regio Midden Westelijk Utrecht.* Utrecht, 2015.

Taskforce EPA Midden-Westelijk Utrecht. *Volwaardig burgerschap en psychiatrie.* Utrecht, 2015.

Trimbos-instituut. *Ambulantisering. Themarapport Trendrapportage GGZ.* Utrecht, 2013.

Trimbos-instituut. *Panel psychisch gezien. Resultaten najaarspeiling 2014.* Utrecht, 2014.

Trimbos-instituut. *Persoonlijk en maatschappelijk herstel van mensen met ernstige psychische aandoeningen. Ontwikkelingen in praktijk en beleid.* Utrecht, 2014.

Trimbos-instituut. *Panel psychisch gezien. Resultaten voorjaarspeiling 2015.* Utrecht, 2015.

Trimbos-instituut. *Ambulantisering in de regio Oost-Veluwe en de Achterhoek. Visiedocument en ontwikkelagenda 20015-2018.* Utrecht, 2015.

Trimbos-instituut. *Landelijke Monitor Ambulantisering en Hervorming Langdurige GGZ*. Utrecht, 2015.